



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CENTRO DE ESTUDIOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR  
“MANUEL F. GRAN”**

**ESTRATEGIA DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN  
FORMATIVA DEL DESEMPEÑO DE LOS  
ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

**Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en  
Ciencias Pedagógicas**

**Autor: MC. CARLOS FELIPE DOMÍNGUEZ ELJAIK  
Tutores: Dra. C. Silvia S. Cruz Baranda  
Dra. C. Eneida Matos Hernández**

**Santiago de Cuba  
2008**

## ***Dedicatoria***

*A mi esposa, por su paciencia y su amor sin límites que aceptó el sacrificio de estos años de privaciones....*

*A mis hijos, por haber esperado siempre tanto de mí....*

*A mis nietos, por transmitirme su vitalidad infinita...*

*Al resto de mi familia, donde están incluidos los amigos entrañables, por este lustro de ausencia.....*

## **Agradecimientos**

*A **Silvia**, por haber estado siempre que la necesité, por la transmisión constante de su confianza y por la sabiduría de poder combinar la excelencia científica con la dulzura de su trato.*

*A **Eneida**, por su certera crítica y oportunos consejos, que me acompañaron en momentos de definiciones trascendentales y que resaltaron una vez más su sólida preparación profesional.*

*A la memoria del amigo de muchos años **Marcos Cortina**, a quien le corresponde la primicia de haberme hablado de esta oportunidad académica.*

*A todos los integrantes del CeeS "**Manuel F. Gran**", por la oportunidad que me dieron de conocerlos y compartir con ellos estos años de ciencia.*

*A mis **compañeros del Doctorado**, por la gracia de haberlos conocido y por la armonía que se gestó en el grupo, que propició convertirnos en una gran familia*

*A la **Lic. María Elena Jiménez** por la maestría con la que realizó la corrección de estilo del informe final y al resto de los compañeros del **Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas** por la utilidad del servicio que me prestaron.*

*A los **especialistas de Medicina General Integral**, los **representantes de la institución** y a la **comunidad** que se atiende en el **Policlínico "30 de Noviembre"**, que permitieron y apoyaron la ejecución de esta investigación.*

*A **todos** los que me ayudaron en la logística para poder terminar este trabajo, los que me aconsejaron siempre, los que me realizaron valiosas críticas, también muchas gracias.*

*La relación de personas que me apoyaron a lo largo de estos años es incontable, es por eso que quizás **tu nombre** no pueda aparecer en este listado, pero te aseguro estás en mi corazón.*

*Por último, considero que la palabra agradecimiento no tiene el alcance de lo que siento por todos. Además, les doy **mis bendiciones**.*

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	7
<b>CAPÍTULO 1</b> LA GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	18
1.1 Evolución histórica de la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral y de los procesos de su gestión en Cuba_____	18
1.2. El desempeño médico profesional en la atención primaria de salud: una respuesta a las necesidades sociales_____	
1.3. La evaluación del desempeño médico como vía para desarrollar las competencias profesionales y la calidad de los servicios de salud en la comunidad_____	32
1.4. El desempeño médico y su evaluación como proceso formativo que promueve el desarrollo individual y grupal_____	36
1.5. La gestión de la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral para impulsar el encargo social de los servicios de salud_____	46
1.6 Caracterización del estado actual del desempeño del especialista de Medicina General Integral en Cuba_____	51
<b>CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 1</b> _____	57
<b>CAPÍTULO 2</b> MODELO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL	60
2.1. Fundamentos teóricos del Modelo de gestión para la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral_____	60
2.2 Modelo de gestión para la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral _____	63
2.3 Estrategia de gestión para la evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral_____	74
2.3.1. Estructura de la estrategia_____	74

2.3.2. Objetivo general de la estrategia _____	75
2.3.3 Características generales de aplicación_____	75
2.4 Implementación de la estrategia_____	77
2.4.1 Acciones de pertinencia de la autoevaluación del desempeño_____	77
2.4.2 Acciones de optimización de la autoevaluación del desempeño_____	77
2.4.3 Acciones de impacto de la autoevaluación del desempeño	78
2.4.4 Acciones de pertinencia de la heteroevaluación del desempeño_____	78
2.4.5 Acciones de optimización de la heteroevaluación del desempeño_____	78
2.4.6 Acciones de impacto de la heteroevaluación del desempeño_____	79
2.4.7 Acciones de pertinencia de la coevaluación del desempeño_____	79
2.4.8 Acciones de optimización de la coevaluación del desempeño_____	80
2.4.9 Acciones de impacto de la coevaluación del desempeño_	80
2.5 La competencia clínicoepidemiológica integral como vía para incrementar la calidad de la atención médica en la atención primaria de salud_____	81
2.5.1 Definición, objetivos e indicadores de las unidades de competencias_____	82
<b>CONCLUSIONES CAPÍTULO 2_____</b>	<b>88</b>
<b>CAPITULO 3 APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL_____</b>	<b>90</b>
3.1 Caracterización del Policlínico "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba_____	92
3.2 Estrategia de gestión para la aplicación de la evaluación formativa del desempeño a los especialistas de Medicina General Integral del Policlínico "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba_____	92

3.2.1 Autoevaluación del desempeño_____	92
3.2.2 Heteroevaluación del desempeño_____	99
3.2.3 Coevaluación del desempeño_____	106
3.3 Corroboración de resultados. Técnica de Triangulación_____	114
3.3.1 Autoevaluación del desempeño_____	114
3.3.2 Heteroevaluación del desempeño_____	115
3.3.3 Coevaluación del desempeño_____	115
<b>CONCLUSIONES CAPÍTULO 3</b>	118
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b>	121
<b>RECOMENDACIONES</b>	124
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	125
<b>ANEXOS</b>	

## SÍNTESIS

Los especialistas de Medicina General Integral desarrollan un papel protagónico en la salud pública cubana, sustentada en la Atención Primaria de Salud con un enfoque integral al individuo, familia y comunidad. A pesar de esto se detectaron insatisfacciones con la atención recibida por la población, por lo que se hizo necesario buscar mecanismos tendientes a que se incremente el desarrollo de estos profesionales.

Se presenta una investigación cuyo objeto es el proceso de evaluación formativa del desempeño profesional de los especialistas de Medicina General Integral, y el objetivo es elaborar una estrategia para desarrollar el proceso de evaluación de su desempeño mediante un modelo de gestión que utiliza a la autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación como formas evaluativas e integra la participación del especialista junto a la institución donde labora y a la comunidad que recibe sus servicios lo que constituye el aporte teórico de la investigación.

Del referido modelo emergen dimensiones que se relacionan entre sí y de cuya síntesis se sustentan los indicadores que responden al desarrollo de la estrategia de gestión del proceso a través del cumplimiento y alcance de la competencia clínica epidemiológica integral.

La estrategia se aplicó a especialistas de Medicina General Integral pertenecientes al Policlínico "30 de Noviembre", de Santiago de Cuba, y demostró el incremento en el desarrollo de los mismos, la institución y la comunidad. Se resalta además el papel formativo e integrador de la evaluación del desempeño por medio del realce de las cualidades personales, institucionales y comunitarias.

## Introducción

La salud pública cubana se sustenta básicamente en la atención primaria, cuyo enfoque integral del proceso salud-enfermedad implica prevenir cuadros morbosos y promover acciones sanitarias, con participación activa de los individuos, la familia y la comunidad. El modelo de salud cubano, aunque no único en el mundo, tiene una base social cualitativamente diferente.

El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia constituye el eje actual de desarrollo de la Atención Primaria de la Salud en Cuba, mediante el cual se realizan actividades dirigidas a elevar la calidad de vida de la población en su medio natural y considerando cómo influyen sobre su salud, los elementos que forman parte de su contexto.

En tal sentido, el perfeccionamiento del enfoque social de la medicina cubana se ha visto favorecido por la instauración de la especialidad de Medicina General Integral, que deviene la premisa básica del citado sistema sanitario desde su implantación en el país.<sup>130</sup> Los especialistas de esta rama, una vez graduados, deben laborar como médicos del programa en cuestión.

La práctica de esta especialidad se fundamenta en los principios básicos de la salud cubana, lo cual garantiza que los miembros de la comunidad dejen de ser entes pasivos que reciben servicios y se conviertan en actores fundamentales de las acciones sanitarias, capaces de modificar los perfiles de salud-enfermedad no solo con cambios individuales, sino mediante la adopción de conductas colectivas encaminadas a identificar y solucionar sus propios problemas.<sup>131</sup>

El Estado y Gobierno cubanos han conferido a este modelo un considerable valor. Desde la aplicación del programa de formación se han graduado más de 30 000 especialistas en toda la nación (alrededor de 1 500 por año);<sup>132</sup> cifra que además de brindar una cobertura casi global a los habitantes de la isla, permite desde hace años extrapolar esa atención a otras latitudes del planeta en calidad de colaboración y ayuda médica, de donde se obtienen como ventajas que el escenario para el desempeño profesional es la propia asistencia a nivel comunitario y que el personal en función adquiere suficientes

---

<sup>130</sup> MINSAP. Primer Programa de la Especialidad Medicina General Integral. La Habana, 1990

<sup>131</sup> *Ibidem*

<sup>132</sup> MINSAP. Anuario Nacional de Salud, 2007



habilidades y competencias para satisfacer las necesidades actuales y futuras de integrantes, pacientes y familiares en su radio de acción.<sup>133</sup>

A pesar de todos esos esfuerzos, desde la misma puesta en marcha del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia comenzaron a vislumbrarse insatisfacciones relacionadas con el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral. Ejemplo de ello son las siguientes evidencias:

- Encuesta Nacional de Satisfacción (1990): Reveló que 70% de la población estaba medianamente satisfecha con la atención brindada por los médicos de familia.<sup>134</sup>
- Estudios de calidad sobre atención a urgencias en dos áreas de salud (La Habana, 1999) indicaron descontento por los servicios recibidos.<sup>135</sup>
- Encuestas realizadas por la Unidad de Análisis y Tendencias en Salud mostraron disgusto por el trato del profesional con respecto a confort, tiempo de espera y permanencia en el consultorio.<sup>136</sup>

La satisfacción por un servicio de salud recibido está condicionada por las expectativas del paciente sobre lo que él pensaba que obtendría en su beneficio, de manera que no siempre guardará correspondencia con la pericia y el desempeño de quien lo brinda, aun cuando es muy importante la valoración al respecto de la persona atendida, pues el sistema sanitario se apoya medularmente en la interacción social de los profesionales de la medicina con la población en general. Existen además otras insuficiencias funcionales en algunos especialistas de Medicina General Integral, condicionantes de que las molestias referidas trasciendan los límites de los servicios recibidos por los pobladores al ser compartidas por empleadores, profesores y hasta por los propios graduados.

- En discusiones de grupo realizadas con especialistas de Medicina General Integral pertenecientes al Movimiento de Avanzada "Dr. Mario Muñoz Monroy",<sup>137</sup> los interpelados reconocieron carecer de entrenamiento en habilidades que no se adquieren durante la formación posgraduada y que se pusieron de manifiesto al desempeñarse como cooperantes médicos en el extranjero.

---

<sup>133</sup> MINSAP: Organización Desarrollo y Control del Proceso Docente Educativo en la Atención Primaria de Salud, 1998

<sup>134</sup> MINSAP: Encuesta Nacional de Satisfacción, Unidad Análisis y Tendencia en Salud, 1990

<sup>135</sup> M. Chang, M. Alemán, M. Cañizares, M. Ibarra: Satisfacción de los pacientes con la atención médica, 1999

<sup>136</sup> Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Encuestas de opinión, 2003

<sup>137</sup> Vicerrectoría de Posgrado. Entrevista a Especialistas de Medicina General Integral, 2004

- Dos investigaciones sobre calidad de la atención a pacientes hipertensos en el Policlínico "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, dieron a conocer la existencia de grandes dificultades en la competencia de los profesionales de esa área de salud.<sup>138, 139</sup>
- En reunión de trabajo con profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas y empleadores de las Direcciones Municipal y Provincial de Salud en Santiago de Cuba, donde se analizaron impericias evidenciadas en el desempeño de los egresados de ese alto centro de estudios, se acentuó la necesidad de trazar estrategias puntuales para eliminar tales ineptitudes.<sup>140</sup>
- Durante el Balance del Ministerio de Salud Pública en el 2001 se señaló que entre uno de los seis pilares básicos para la adecuada funcionalidad del trabajo docente-asistencial en el período siguiente, figuraba la "Elevación de la calidad de los servicios y del desempeño de los colectivos de trabajo",<sup>141</sup> por las deficiencias identificadas en el ejercicio de su profesión, específicamente del especialista de Medicina General Integral.
- Resultados de una investigación por encargo sobre calidad de la asistencia médica en la comunidad (2004) permitieron distinguir incompetencias en las funciones más elementales de los especialistas de Medicina General Integral, algunas privativas de la atención primaria.
- En el Informe de Balance del Sector de la Salud en la provincia de Santiago de Cuba (2006), se registraron incumplimientos en los programas de salud a ese nivel por inhabilidades en la práctica profesional de los especialistas de Medicina General Integral en el territorio.

El análisis de todas estas manifestaciones que afectan la calidad de los servicios de salud y la valoración que de ello hace la población, influyen decisivamente en la dimensión del sistema sanitario y su impacto social, pues no se trata solo de aquellos factores de los cuales depende la destreza facultativa de estos especialistas, sino de todo cuanto tiene que ver con su repercusión en la sociedad, sobre todo por tratarse del primer nivel de atención médica. El carácter interactivo de los procesos de salud es una cualidad del modelo biosocial de salubridad.

Esto conduce al planteamiento del **problema** de la investigación concretado en las insuficiencias en el proceso de interacción social de la atención médica integral de la salud en correspondencia con los

---

<sup>138</sup> M. Vázquez: Calidad de la atención en el paciente hipertenso en médicos del Policlínico 30 de Noviembre, 2000

<sup>139</sup> L. Casaus: Calidad de la atención en el paciente hipertenso en médicos del Policlínico 30 de Noviembre, 2002

<sup>140</sup> MINSAP: Reunión Provincial de Especialidades Médicas, Dirección Provincial de Salud, Santiago de Cuba, 2001

<sup>141</sup> Balance del sector de la salud. Ministerio de Salud Pública, 2001 P:5

mecanismos que estimulan el desarrollo profesional del especialista de Medicina General Integral, lo que limita su desempeño profesional.

Estas realidades anteriormente descritas y que evidencian para el problema planteado, revelan la existencia de considerables alteraciones en la ejecución de los procedimientos médicos, lo cual compromete las funciones básicas de este especialista, posterga la ejecución de acciones sanitarias específicas o, en su defecto, traslada la responsabilidad de un diagnóstico o conducta, preferentemente de la atención primaria, a otro nivel asistencial.

Como parte de la preocupación demostrada por el Ministerio de Salud Pública para mejorar la calidad del personal que labora en el Sector, en el 2004 se orientó consolidar los procesos de perfeccionamiento de los trabajadores de la atención primaria de salud. En la provincia de Santiago de Cuba se organizó un plan de superación profesional en todas las unidades sanitarias, pero solo 2,5 % de las actividades con este fin estuvieron encaminadas a incrementar u optimizar el desempeño del equipo de salud en el primer nivel de atención.<sup>142</sup>

El análisis causal demuestra que los factores incidentes en el problema son:

1. La formación de los especialistas de la atención primaria de salud se desarrolla fundamentalmente de forma autodidacta y no se aprovechan suficientemente las acciones de educación en el trabajo, de modo que la actividad docente posgraduada no está dirigida al perfeccionamiento del desempeño en el puesto laboral.
2. La superación posgraduada de los especialistas de Medicina General Integral obvia por completo las necesidades de su desempeño, al no tener contemplado un seguimiento sistemático de este personal en función del desarrollo de sus competencias profesionales.
3. La estimulación en virtud del perfeccionamiento de la práctica médica diaria de estos especialistas resulta insuficiente y no existen los mecanismos adecuados para impulsar su activo crecimiento.

El desempeño profesional en salud puede ser evaluado; de hecho, constituye una forma óptima de monitorear si el servicio que se está brindando, es de calidad, pues mientras mejor sea el desempeño del profesional, mejor será también la calidad de su atención especializada. La evaluación de ese

---

<sup>142</sup>: Vicerrectoría de Posgrado del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba: Registro de inscripción de cursos y entrenamientos de posgrado, 2005

desempeño se caracteriza por tener lugar en el contexto real de los servicios de salud; verifica el comportamiento del personal y observa cómo organiza, retiene y utiliza los conocimientos y el sistema de habilidades de la práctica médica; cómo actúa y se relaciona con los otros integrantes del grupo básico de salud, con la familia y la comunidad, así como igualmente con el medio circundante.<sup>143</sup>

El Dr. Ramón Salas<sup>144</sup> enfatiza que la evaluación del desempeño, la acreditación, la superación posgraduada y los créditos académicos son los pilares que garantizan la calidad asistencial.

Es por eso que la evaluación del desempeño puede ser catalogada como uno de los mecanismos que inducen al progreso de este especialista, necesitado constantemente de mantener un desarrollo creciente de las competencias profesionales, las que asociadas a la calidad de la atención médica, logran aumentar la satisfacción de los usuarios en función de las exigencias del sistema de salud actual.

Con este propósito, la educación posgraduada realza su importancia, pero debe orientarse hacia las demandas específicas de cada profesional, según sus requerimientos de actualización, capacitación, superación y formación; por ello ha de ser consecuencia de procesos de evaluación del desempeño, que indiquen el aporte de esa educación posgraduada al desarrollo y crecimiento profesionales.

Es así que partiendo de esas consideraciones, se define el **objeto** de esta investigación en el proceso de evaluación formativa del desempeño profesional de los especialistas de Medicina General Integral.

El mejoramiento del desempeño por medio de mecanismos evaluativos deviene una importante área en la que muchos estudiosos están centrando su atención recientemente, convencidos de su contribución a la teoría organizacional.

La calidad de la actuación médica, unida e integrada a la de los servicios, muestra a la evaluación de la competencia y desempeño profesionales como un proceso continuo de medición de la calidad de sus resultados, que rompe los marcos puramente académicos y la vincula con la responsabilidad y el compromiso social, como respuesta a las necesidades de la población que atiende.<sup>145</sup>

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), por ejemplo, ha definido la evaluación del desempeño como un esquema para lograr los resultados institucionales e individuales deseados, que persigue proporcionar servicios de salud sostenibles y de alta calidad. Esos resultados

---

<sup>143</sup> R. Salas: Evaluación del Desempeño Profesional. Propuesta de un Modelo, 1999

<sup>144</sup> *Ibidem.*

<sup>145</sup> R. Salas: La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos, 2000

se consiguen a través de un proceso que toma en consideración el contexto institucional, describe el desempeño deseado, identifica las brechas entre el desempeño actual y el deseado, equipara los análisis de causa, selecciona intervenciones para eliminar las brechas y mide los cambios en el desempeño.<sup>146</sup>

Por otro lado, a partir del 2000 un numeroso grupo de países decidió seguir una estrategia trazada por la Organización Mundial de la Salud para evaluar el desempeño de sus propios sistemas y usar la información que emanara de ella en la formulación de políticas dirigidas a mejorar ese calificador. En el informe final de la citada estrategia se sugiere definir el desempeño médico como “el conjunto de actividades y programas que se realizan para alcanzar los objetivos y metas previamente establecidos”; y la evaluación del desempeño, como “la evaluación cualitativa y cuantitativa que evidencia el grado de logro de los objetivos y las metas”, si bien considerando que esta última deberá vincularse a la toma de decisiones políticas y gerenciales del sistema de salud y no ser considerada únicamente como un ejercicio académico.<sup>147</sup>

En el análisis y la interpretación de estas referencias sobre evaluación del desempeño sobresale el predominio de enfoques orientados a la medición de indicadores y estándares y no a la concepción de un proceso donde el desarrollo profesional de los proveedores de salud sea concebido de forma integral e indisolublemente ligado a la calidad de los servicios prestados, puesto que el desempeño médico está unido e integrado a esto último; sin embargo, no se ha estudiado suficientemente bien cómo lograr que la evaluación de las competencias y el desempeño profesionales se convierta en un mecanismo continuo de fortalecimiento de la atención en salud, directamente vinculado con la responsabilidad y el compromiso social de los especialistas y las instituciones sanitarias, como respuesta a las demandas de la población, que exige un modelo de participación activa y de problematización constante, con permanentes acciones en favor de la superación de posgrado.

Una de las vías para solucionar los problemas antes mencionados en torno a la atención asistencial de los especialistas de Medicina General Integral, puede orientarse hacia la necesidad de potenciar el carácter formativo e integrador de la evaluación del desempeño, tanto en los aspectos individuales como institucionales y sociales.

---

<sup>146</sup> S/A: ¿Qué es el mejoramiento del desempeño? <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6pi/pi.htm>. 2001

<sup>147</sup> OMS: Propuesta de Estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, 2000. P:23

Todo esto es factible si se aprovechan adecuadamente la evaluación del desempeño y los resultados de su labor como proceso de gestión de la salud pública, en busca de mayor efectividad y eficiencia, lo cual impone integrar los estudios de evaluación del desempeño con los avances que se han ido obteniendo en las líneas temáticas de gestión por competencias,<sup>148</sup> educación permanente y formación por competencias,<sup>149</sup> para que en esa fase evaluativa se eleve su carácter formativo y garantice el reconocimiento, por parte de los profesionales, de la importancia social de su labor.

Los resultados de ese proceso podrían estimular la toma de decisiones, la identificación de los requerimientos de superación, así como la comprensión de las políticas de salud trazadas y su contribución a la mejoría de la calidad asistencial, de modo que responderían a la necesidad de contar con un proceso de evaluación formativa del desempeño de estos especialistas, no con la meta de establecer toda una serie de indicadores obtenidos por medio de calificadores de cargo o registros funcionales, sino de un proceso que parta de lo alcanzado por cada individuo en un contexto determinado y todo lo que él mismo pueda ser capaz de avanzar en la optimización de sus intereses profesionales. Lo anterior permite definir el **objetivo** de esta investigación como la elaboración de una estrategia para desarrollar el proceso de evaluación del desempeño de los especialistas en Medicina General Integral, según un modelo de gestión que refleje la amplitud del sistema de salud desde lo individual, lo institucional y lo social. Se precisa en dicho objetivo que el **campo de acción** estaría delimitado por la gestión del proceso de evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral.

La orientación de la investigación hacia la búsqueda de propuestas que estimulen el desarrollo personalógico y profesional de los especialistas en relación con su desempeño médico y en estrecho vínculo con los programas de salud social, define la **hipótesis** en los siguientes términos: si se diseña una estrategia para la evaluación formativa del desempeño del especialista de Medicina General Integral a partir de un modelo de gestión de ese proceso, que refleje la contradicción entre la **valoración de necesidades y posibilidades del desempeño médico y la estimulación desarrolladora de acciones promotoras de salud social**, entonces se podrán favorecer actuaciones competentes de esos profesionales y, como lógica consecuencia, eliminar las insatisfacciones existentes en relación con su ejercicio médico.

---

<sup>148</sup> R. Mc Donal et al.: Nuevas perspectivas sobre evaluación, 2000

<sup>149</sup> J. Arteaga, A. Fernández: Manual de la enseñanza de la clínica. Educación Médica Superior, 1999

El tránsito durante la formación sistemática del especialista de Medicina General Integral en el puesto de trabajo, le entrena para adoptar mecanismos que le permiten juzgar cuál es el estado actual de su desempeño, qué necesita y hasta dónde puede llegar solo o con ayuda. Por otro lado, los procesos de salud social a los cuales se enfrenta constantemente en su labor cotidiana, también están impregnados de un dinamismo que estimula el desarrollo de todos los implicados en el proceso salud-enfermedad.

Es por ello que el estímulo imprescindible para que se promuevan estos procesos sociales de salud, requiere de ese profesional dispuesto al cambio, con objetivos muy bien definidos, que una vez identificados y alcanzados, contribuyan a la favorable modificación de las acciones promotoras de la salud social, con vista a propiciar un nuevo estímulo para el desarrollo.

La estructura lógica de la investigación está determinada por las siguientes tareas agrupadas en tres etapas, las cuales se exponen a continuación con los métodos científicos aplicados en cada una de ellas:

- **Etapas de caracterización de la evaluación del desempeño médico en especialistas de Medicina General Integral y la gestión de esa evaluación**
  1. **Caracterizar la evolución histórica del desarrollo del proceso de evaluación del desempeño y la gestión de este en el citado especialista.**
  2. **Caracterizar gnoseológica, psicológica, didáctica y organizacionalmente la evaluación del desempeño médico y los procesos que inducen a la gestión de ese evento.**
  3. **Caracterizar el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral en Cuba.**

**Los métodos y técnicas de investigación utilizados en esta etapa fueron, entre otros: las discusiones grupales, el análisis documental, el método histórico – lógico, el de análisis documental y el de análisis y síntesis.**

- **Etapas de Elaboración teórica**
  4. **Definir los referentes teóricos fundamentales del modelo de gestión de la evaluación del desempeño de los especialistas en Medicina General Integral.**
  5. **Diseñar el modelo antes citado.**

6. Elaborar la estrategia de gestión que favorezca implantar la evaluación formativa del desempeño en los especialistas de Medicina General Integral.

En esta etapa se aplicaron fundamentalmente el método dialéctico – holístico, el método sistémico estructural y el de análisis y síntesis, entre otros.

- **Etapa de Aplicación**

7. **Corroborar el valor científico-metodológico de la aplicación de la estrategia al contrastar los resultados obtenidos con los previamente existentes y poder confirmar que se cumple con la acción formativa de la evaluación del desempeño**

Los métodos de investigación usados en esta tercera etapa fueron: análisis documental, grupos de discusión, talleres – debate y análisis y síntesis.

La **actualidad** de la investigación estriba en su contribución al perfeccionamiento del sistema de salud cubano a partir de mejorar la calidad del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia.

La **novedad**, por su parte, queda definida en resignificar el papel formativo e integrador de la evaluación del desempeño, con lo cual se contribuye de forma desarrolladora al crecimiento personal y profesional de los especialistas de la atención primaria de salud, en tanto se articulan los diferentes componentes de esta última y se destaca la cohesión entre lo individual, lo institucional y lo comunitario, todo en consonancia con el modelo de salud social, de manera que la evaluación del desempeño se constituye en un mecanismo de estimulación permanente para la superación de los profesionales y la determinación de las metas alcanzables, en relación con las potencialidades personales y profesionales de cada individuo. También se considera novedoso el haber transferido los conceptos de autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación, trabajados hasta ahora en los patrones de evaluación del aprendizaje, a este proceso de gestión de la evaluación del desempeño profesional. Todo ello se ve reflejado en un modelo de gestión para la citada evaluación y de ahí su **aporte teórico**.

El **aporte práctico** está dado por la estrategia de gestión para poder ejecutar las acciones, según las configuraciones y dimensiones que se diseñaron en el modelo y resultaron de la aplicación de la autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación del desempeño, a través de variables de gestión de la calidad como la pertinencia, la optimización y el impacto.



La **significación práctica** se concreta en la contribución al perfeccionamiento de la gestión del capital intelectual, del capital institucional y del capital social, todo en favor de un servicio de salud eficiente, efectivo y eficaz, con resultados superiores revertidos en mayor satisfacción de la población con respecto a los servicios recibidos y de los profesionales con su desarrollo personal y médico alcanzado.

La tesis se compone de tres capítulos. En el primero se transita por los presupuestos teóricos y determinaciones praxiológicas de la evaluación del desempeño médico y los procesos que condicionan la gestión que conduce a esta acción; en el segundo se muestran el proceso de elaboración del modelo de gestión y la estrategia propuesta para la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral, mientras que en el tercero se presentan los resultados de la aplicación de la citada estrategia en los especialistas de Medicina General Integral en el Policlínico "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba.

## CAPITULO 1

# LA GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

## **CAPÍTULO 1. LA GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL Y SU CONTRIBUCIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

### **1.1 Evolución histórica de la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral y de los procesos de su gestión en Cuba**

El sistema de salud cubano se ha mantenido en un proceso permanente de reformas desde su creación en los años 60, cuando se comenzó a acercar la atención médica y estomatológica a los sectores más desprotegidos de la población, de modo que la atención primaria quedó entonces como parte integrante del sistema sanitario al alcance de todos. Estos cambios estaban más dirigidos hacia la atención hospitalaria que a la comunitaria; prueba de ello ha sido el incremento de las especialidades médicas y la tecnología implantada.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata, fijó el límite de la concepción de salud que se tenía hasta ese momento. En dicho cónclave se definió y otorgó reconocimiento al concepto de atención primaria, pero también se le identificó como la principal estrategia de trabajo para alcanzar la meta de Salud para Todos en el año 2000, adoptada por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud en 1977; fecha en la cual se marcó una nueva etapa con el establecimiento de una renovada plataforma de política sanitaria.<sup>150</sup>

En consonancia con estos acontecimientos, en 1984 se inició el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba, que desde entonces ha centrado su atención en el núcleo familiar y sus integrantes. El modelo cubano tiene particularidades que lo diferencian del aplicado en otros países, dadas por la mayor participación de la comunidad y la cooperación muy activa de los sectores sociales en la solución de los problemas de salud, con lo cual mejora la calidad de los servicios y, por supuesto, la satisfacción de la población; valores que refuerzan su connotación social.

La calidad de los servicios prestados en este nivel de atención ha sido objeto de innumerables valoraciones desde su implementación. La aparición de un nuevo especialista en cuyo método de aprendizaje predomina la autogestión del conocimiento, la novedad de su puesta en marcha, los cambios que ocurren en los modos de actuación del personal sanitario, así como la responsabilidad que adquiere él mismo con todos los aspectos de salud de las familias asignadas a su cuidado, son

---

<sup>150</sup> OMS-UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978

factores que acentúan la necesidad de que sean sometidos permanentemente a procesos definitorios del estado de desarrollo alcanzado y las nuevas metas a lograr. Uno de los mecanismos propicios con que pueden contar el individuo, la institución donde labora y hasta la población que recibe sus beneficios para conocer ese estado, es la evaluación del desempeño profesional.

La especialización se considera un fenómeno característico de la segunda mitad del siglo XX, por lo cual el desarrollo vertiginoso en esta etapa constituye una consecuencia natural del aumento del conocimiento y de su aplicación tecnológica, que en el área de la biomedicina se duplica cada cinco años,<sup>151</sup> por lo que deviene una de las profesiones donde la especialización se ha tornado indispensable.<sup>152</sup> Este progreso obtenido motivó que las universidades del mundo reformularan los perfiles de salidas de sus posgraduados y de ese reajuste surgieron nuevas especialidades médicas, a la vez que se desarrollaron las ya existentes.

El incremento de las especialidades ha traído como consecuencia la fragmentación de la práctica profesional y debilitado la función del médico de cabecera. También ha disminuido la percepción de los problemas de salud en el entorno familiar y social, con una tendencia creciente hacia la deshumanización y el encarecimiento del ejercicio de la profesión,<sup>153</sup> lo cual ha generado insatisfacciones con la atención recibida en diferentes sectores poblacionales, particularmente en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.

Fue así que los planificadores de salud norteamericanos propusieron en los años 60 la creación de la especialidad de Medicina Familiar, que posteriormente se asumió en otras naciones de América Latina y Europa.<sup>154</sup> Más tarde, en todos esos países se crearon mecanismos que han permitido la permanencia y modificación de sus perfiles de salida.

Entre esos mecanismos de control para asegurar la calidad del egresado figuran las evaluaciones de los programas académicos y del desempeño profesional; por ejemplo, en España se ha estado sometiendo a los especialistas de Medicina Familiar a procesos de recertificación por medio de evaluaciones del desempeño desde el último quinquenio del siglo pasado.<sup>155</sup>

---

<sup>151</sup> S. Stephen.: La Medicina Familiar y la Educación Médica, 1997

<sup>152</sup> V. Valdivieso: Certificación de especialistas en la Medicina Chilena. 1999

<sup>153</sup> T. Guerra: Continuidad y transversalidad en la Educación Médica. El paradigma de la medicina de familia. 2005

<sup>154</sup> J Ceitín, T. Gómez.: Medicina de familia. La clave del nuevo modelo, 1997

<sup>155</sup> S/A: La recertificación de los médicos de familia, 1996

Algunas de las agencias evaluadoras más importantes del mundo médico, que incorporan pruebas de evaluación del desempeño en sus exámenes, son: la Comisión Nacional de Evaluación de Médicos Graduados en el Extranjero, la Administración Nacional de Examen Médico, el Centro de Evaluación de Ciencias de la Salud de la Universidad de Louvre y la Universidad de Sherbrooke.<sup>156</sup>

También la Organización Mundial de la Salud<sup>157</sup> y el Comité de Empleo, Trabajo y Seguridad Social de la Organización por la Cooperación Económica y el Desarrollo<sup>158</sup> se han interesado por el asunto e implantado mecanismos para evaluar el desempeño de los integrantes de sus organizaciones.

Estos enfoques de reconocidos organismos mundiales evidencian la necesidad de emplear medios capaces de comprobar que los especialistas están debidamente calificados y aptos para brindar una asistencia médica de calidad, al poder de esta forma mostrar indicadores de impacto como expresión de la mejoría de su desempeño y tener a su vez una idea más acertada de su realidad laboral.

Por tales razones, para poder realizar un análisis histórico de la evaluación del desempeño de los especialistas que manejan el citado programa de atención sanitaria y de los procesos de gestión que apoyan esta evaluación, se definieron como indicadores en este estudio: el **desempeño médico de los especialistas de Medicina General Integral**, las **regulaciones para evaluarlo** y los **procedimientos aplicados** para gestionar la mencionada evaluación.

Las fuentes utilizadas para el diagnóstico en la caracterización histórica fueron tomadas de los documentos emitidos por el Ministerio de Salud Pública de Cuba para los procesos evaluativos de los profesionales, del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, de la Escuela Nacional de Salud Pública y de materiales publicados por las organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud.

Estos indicadores se determinaron en correspondencia con las relaciones que se establecen desde los puntos de vista teórico, empírico, metodológico y práctico entre el objeto y el campo de la investigación, los cuales son expresados en las dos etapas que a continuación se definen, por donde transita la evaluación del desempeño médico de los especialistas de Medicina General Integral.

Etapa I: 1988-1998: Organización e instauración de los presupuestos legales y metodológicos para evaluar la competencia y el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral.

---

<sup>156</sup> J Sellares: La evaluación de la competencia clínica, 2004

<sup>157</sup> OMS: Evaluación del desempeño en los sistemas de salud, 2000.

<sup>158</sup> OCDE: Empleo, Trabajo y Seguridad Social de la Organización por la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2002

Etapa II: 1999 – actual: Aplicación de la evaluación de la competencia y el desempeño a especialistas de Medicina General Integral.

**Etapa I: 1988-1998: Organización e instauración de los presupuestos legales y metodológicos para evaluar la competencia y el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral**

En Cuba, la especialidad de Medicina Familiar surgió en la década de los 80, cuando la sociedad dio muestras de que necesitaba un cambio en la forma de recibir los servicios médicos en la atención primaria. Esa modificación implicó considerar a la comunidad y dentro de ella, a la familia, como los principales exponentes a los cuales debe ir dirigida la asistencia médica.

El reforzamiento que recibió el sistema sanitario nacional con los primeros graduados en 1987, favoreció la solución de los problemas de salud en el primer nivel de atención, pues combinaba la pericia profesional con la base tecnológica de la infraestructura acercada al domicilio; mecanismo que permitió resolver en la comunidad entre 80 y 90 % de los problemas sanitarios de la población cubana <sup>159</sup> sobre la base de una interacción y a la vez independencia entre la educación y las prácticas médicas, que descansan en la integración atencional, docente e investigativa, liderada por el desempeño del profesional.

Entonces la población comenzó a tener contacto con un profesional cuya función principal está determinada por la prevención y el control de los factores que propician la enfermedad y no por la curación de males establecidos, lo cual ha introducido cambios en los paradigmas del Sistema Nacional de Salud, sustentados en la modificación de los modos de actuación existentes al transitar de una visión biomédica a otra sociomédica.

Se deja de considerar al individuo dividido por aparatos y sistemas para verlo insertado en la sociedad, con factores sociales, epidemiológicos y medioambientales influyendo sobre su estado de salud; se refuerza el trabajo en equipo y se introduce a la comunidad y sus sectores, por medio de acciones e investigaciones comunitarias, en la solución de los problemas propios de la localidad.

Otros factores asociados a acontecimientos que tuvieron lugar en el país y la región, condicionaron igualmente transformaciones en el desempeño profesional. En esta etapa pueden citarse los siguientes:

---

<sup>159</sup> R. Borroto, R. Lemus, R. Aneiros: Medicina familiar y educación médica, 1999

- Las afectaciones económicas sufridas en Cuba en los años 90 incrementaron la aparición de enfermedades infectocontagiosas y nutricionales, <sup>160</sup> que unidas a la carencia de recursos obligaron al personal médico a ser más cuidadoso en la aplicación del método clínico para poder establecer un diagnóstico con certeza. Asimismo, la escasez de medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica incentivó el uso de la medicina natural y tradicional como alternativa terapéutica.
- La Tormenta del Siglo que asoló a países centroamericanos en 1993 <sup>161</sup> favoreció el incremento de habilidades de la medicina de emergencia ante catástrofes y situaciones climatológicas especiales.
- A partir de 1992 se trazó una importante estrategia con vista a mejorar la salud de la población cubana, basada en el análisis de la situación de salud y sus tendencias. <sup>162</sup> Se incrementaron las acciones preventivas y promocionales, predominantemente educativas y participativas, para de esta forma disminuir las tasas de prevalencia e incidencia de diferentes afecciones.

En resumen, desde el punto de vista del desempeño del especialista de Medicina General Integral, esa etapa marcó un cambio en el paradigma de atención médica, puesto que este personal ha debido afrontar contingencias negativas sobre las cuales no tenía experiencia alguna, así como enfrentar situaciones económicas y sociales que han puesto a prueba su preparación.

En consonancia con estos cambios, se demuestra la necesidad del perfeccionamiento permanente y creciente de las competencias profesionales de los médicos, lo cual conduce a la observación y el análisis del desempeño. En este sentido, la evaluación del desempeño médico, aunque no la única forma, es una de las vías para materializar este perfeccionamiento.

Es por eso que aunque la evaluación del desempeño en Cuba se instauró desde 1960 por medio de las inspecciones y supervisiones y sus bases jurídicas están contenidas en la Ley N° 41 de Salud Pública <sup>163</sup> de 1983, se ha reforzado su trascendencia desde la primera edición del Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia <sup>164</sup> en 1988, cuando se formularon las indicaciones relacionadas con la evaluación del desempeño de este profesional, que confiere a los grupos básicos de trabajo el

---

<sup>160</sup> OPS/OMS: Informe tercer corte evaluativo de las cooperaciones, 1994

<sup>161</sup> *Ibidem*

<sup>162</sup> Castell P,: El sistema Nacional de Salud de Cuba, 2002

<sup>163</sup> MINSAP: Ley número 41 de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1983

<sup>164</sup> MINSAP: Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia el policlínico y el hospital, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1988. P:12

protagonismo de “evaluar los indicadores estadísticos establecidos y que deben estar en correspondencia con las resoluciones dictadas por el Ministerio de Salud Pública”.

Desde entonces se valora cómo ha sido acogido este proceso por el Sistema Nacional de Salud para evaluar por medio de indicadores seleccionados el desempeño de sus profesionales en la atención primaria de salud, a través de lo cual se pone de relieve la importancia que se le otorga a este nivel de asistencia, además de marcarle con un sello propio para determinar su actuación y medir la calidad del servicio prestado.

En 1991 entró en vigor la Resolución Ministerial N° 97 de 1991 sobre educación continuada, que incluye entre sus mecanismos la evaluación del desempeño y está amparada además por el reglamento que rige la Comisión Nacional de Evaluación de Competencia y Desempeño para Profesionales del Sistema Nacional de Salud.<sup>165</sup> En 1996, mediante la Resolución Ministerial N° 142,<sup>166</sup> se aprobó el plan de acción para incrementar la calidad del capital humano en el Sistema Nacional de Salud. Una de sus tareas consiste en la evaluación de la competencia y el desempeño del personal que labora en el Sector, de modo que estas resoluciones no son privativas de la atención primaria ni la excluyen del proceso.

También en 1996 se hizo vigente la Carpeta Metodológica del Ministro,<sup>167</sup> que en uno de sus parámetros reconoce que “hasta ese momento no existe un criterio uniforme para la evaluación de todo el equipo de salud, lo que conduce a la revisión de notas numéricas sin tener en cuenta el proceso”, propone la evaluación del desempeño en el cumplimiento de los procedimientos médicos y de enfermería e incluye indicaciones de evaluación concurrente y retrospectiva, basadas en el análisis de indicadores establecidos y no en la observación de la conducta profesional.

La Carpeta Metodológica del Ministro fue la primera que contempló los aspectos positivistas que han marcado las resoluciones anteriores y aunque fue efímera y no propició un cambio sustancial con sus indicaciones, sí marcó un momento trascendente en la evolución metodológica de la evaluación del desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral.

Otra resolución que evidenció el intento del Ministerio de Salud Pública de mantener actualizados a sus profesionales y velar por la calidad de la atención que ofrecen, fue la emisión de la Resolución

---

<sup>165</sup> MINSAP: Resolución Ministerial 97/91, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1991

<sup>166</sup> R. Borroto, R. Salas: El reto por la calidad y la pertinencia: La evaluación desde una visión cubana, 1999

<sup>167</sup> MINSAP: Carpeta Metodológica del Ministro de Salud Pública de Cuba para la Atención Primaria de Salud, 1996



Ministerial N° 166/97 del Sistema Nacional de Salud,<sup>168</sup> que incluía el examen a los profesionales que deseaban reincorporarse al ejercicio profesional después de 18 meses de ausencia al mismo.

En esta solo se formulan instrucciones y propuestas con características positivistas, que se adueñan de la forma de tratar la evaluación del desempeño en salud; situación que viene sucediéndose desde antes de implantarse el modelo de trabajo del médico y la enfermera de la familia y que apenas ha transitado en todos estos años a través de inspecciones y supervisiones de los indicadores de salud. Independientemente de que la evaluación del desempeño ha estado presente en indicaciones, leyes y resoluciones ministeriales, no se ha podido lograr su implementación regulada. La calidad de un proceso no se concibe en ausencia de mecanismos que retroalimenten su funcionalidad, pues la presencia de parámetros que midan resultados parciales de un procedimiento, no siempre es certificativo de una actividad de excelencia.

En sentido general, durante la etapa analizada, se observa como el desempeño del especialista de Medicina General Integral formó parte del cambio del paradigma de atención que ha comenzado a aplicarse en el país, se ha convertido en su actor principal al ofrecer una medicina más social, y que ubica a la familia en el centro de su accionar. A pesar de las limitaciones a que se vio sometido en este período, su desempeño fue conducido hacia una aplicación más adecuada del método clinicoepidemiológico, lo cual ha repercutido favorablemente en la calidad de la atención médica.

Esta etapa se caracterizó además por mantener el proceso de evaluación del desempeño solamente a través de inspecciones y supervisiones, sobre la base de toda una serie de resoluciones dictadas, en cuyo contenido se incluyó la necesidad de implantar diversos sistemas que condujeran a la evaluación del desempeño y que convirtieron la fase en un espacio de intenciones organizativas, así como de preparación y legislación de dicha evaluación en el sistema de salud cubano, pero sin concretar acciones ejecutoras; de ahí el carácter prioritario que se le otorgó al proceso en la Carpeta Metodológica del Ministro, cuya validez fue circunstancial.

**Etapas II: 1999 – actualidad: Aplicación de la evaluación de la competencia y el desempeño a especialistas de Medicina General Integral**

---

<sup>168</sup> MINSAP: Resolución Ministerial 166/98 del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba, 1998.

En el período analizado, los cambios más sustanciales en el desempeño del especialista de Medicina General Integral estuvieron motivados por la incorporación creciente de escenarios de actuación, sobre todo en países de África, Latinoamérica y el Caribe, donde los contextos difieren de los del territorio nacional y donde sus habitantes padecen enfermedades exóticas o solamente conocidas por referencias en libros de texto, lo cual ha brindado la posibilidad de actuar y conducirse en un espectro de mayor influencia, así como también de demostrar la competencia adquirida.

En Cuba, los niveles de desempeño alcanzado permiten desarrollar funciones múltiples al disminuir el personal de atención directa para poder cumplir con compromisos internacionales de ayuda sanitaria. Las acciones de enfrentamiento a epidemias y otras contingencias de salud son puestas en práctica, aunque ya existían precursores de modificaciones del desempeño, adquiridos en etapas previas.

La estabilidad y el crecimiento personal caracterizaron el desempeño en esta etapa, pues los profesionales asumieron posturas de actuación diferenciadas, en dependencia del escenario de trabajo, de manera que lograron adecuarse a su entorno e interpretar las muy variadas funciones asignadas dentro o fuera del país.

Con respecto a la evaluación del desempeño, fue en 1999 cuando comenzaron a vislumbrarse los primeros indicios de poner en práctica las leyes, indicaciones y resoluciones ministeriales explicadas en el período anterior.

En años posteriores, la Escuela Nacional de Salud Pública, impuesta de la necesidad de aplicar las indicaciones y lineamientos, inició la ejecución de talleres para diseñar instrumentos con vista a evaluar el desempeño médico en la atención primaria de salud. Se constituyó además la Comisión Nacional de Evaluación y entró en vigor el proyecto de programa de aplicación de instrumentos para la evaluación del desempeño a todos los especialistas de Medicina General Integral del país.

A finales de 1999 y principios del 2000 se realizaron talleres nacionales para analizar las necesidades de aprendizaje y facilitar los cursos con los temas contentivos de las situaciones de salud detectadas por especialistas de las diferentes ramas, a fin de ir preparando las condiciones de aplicación de los instrumentos evaluativos y fue en ese mismo año cuando se editaron las bases metodológicas para el diseño de un sistema de evaluación general.

Pero hubo que esperar hasta febrero del 2002 para efectuar el primer examen de competencia a especialistas de Medicina General Integral en el país; tarea en la cual participaron 150 profesionales en

la provincia de Santiago de Cuba. El instrumento, denominado «de competencias», estaba constituido por un cuestionario de preguntas de respuestas múltiples, columnas de dos entradas y preguntas problemáticas. No contemplaba la observación del desempeño profesional.

A partir del 2003 y luego de nombrar a la Comisión Provincial de Evaluación de la Competencia y el Desempeño, se empezaron a programar las convocatorias provinciales subsiguientes, con lo cual se evidenció la importancia que se concedió en la provincia a ese proceso, que aunque no cumplía las expectativas ideales, cuando menos daba una idea del estado de actualización de sus profesionales.

En el 2005, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social emitió un proyecto de Resolución denominado "Reglamento General sobre Relaciones Laborales", donde propone evaluar el desempeño de los trabajadores de todas las categorías ocupacionales <sup>169</sup> mediante los mecanismos correspondientes, pero no se precisa en la citada ley cómo debe procederse con los profesionales de la salud.

En ese propio año, la Vicerrectoría de Posgrado del Instituto Superior de Ciencias Médicas emitió una resolución para confeccionar un instrumento que permitiera evaluar el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral; pero esa acción no se llevó a efecto.

En el 2006 se dictó la Resolución Ministerial N° 250 <sup>170</sup> sobre los principios de idoneidad demostrada en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud, que en sus artículos 12 y 13 contempla la evaluación del desempeño como una de las vías para expresarla. Esta resolución no se ha aplicado en la provincia en ninguna de sus formas para los especialistas de Medicina General Integral. En el propio año 2006 se volvió a realizar un examen de competencia a dichos profesionales como última acción de ese tipo en el territorio.

Aunque los intentos iniciales al principio de la etapa daban muestras de cierto interés en aplicar instrumentos que condujeran a conocer el estado actual de competencia y desempeño de los especialistas, estos desde un inicio estuvieron lastrados por una mala aplicación de los instrumentos al denominar exámenes de competencias a lo que en realidad solo medía diversos niveles de conocimientos.

Se observan espacios muy distantes y desarmónicos entre las regulaciones y resoluciones ministeriales y su aplicación efectiva, lo cual denota falta de sistematicidad en la actividad y poco nivel de confianza

---

<sup>169</sup> Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Resolución No.8. Reglamento General sobre Relaciones Laborales, 2005.

<sup>170</sup> MINSAP. Resolución 250/06 sobre principios de idoneidad demostrada en los centros de salud, 2006

en la necesidad de implantar métodos que conduzcan a la certificación de que la calidad de lo ofrecido se corresponde con las necesidades de salud de la población demandante.

Se evidencia la imperiosidad de que se priorice la evaluación del desempeño médico como un proceso para determinar, promover y motivar el nivel de desarrollo profesional, así como identificar necesidades de aprendizaje. Es momento de estimular su utilización como propuesta de incentivos para ofertar mejores plazas, incrementos de salarios, reconocimiento social y, sobre todo, como vía para retroalimentar las demandas de adquisición de habilidades necesarias para el puesto de trabajo donde se aplica, como mecanismo que dé continuidad a los procesos de formación de posgrado dentro de la salud pública, basado en asegurar el mantenimiento del personal con una resolución técnica suficiente.

Cada día se torna más imperativa la necesidad de encontrar mecanismos conducentes a gestionar procesos que incrementen la calidad de los servicios de salud prestados. Los procesos evaluativos no siempre se acogen con la importancia que entrañan y tampoco son siempre aceptados por el personal al cual van dirigidos, pues han sido débilmente incorporados al sistema de mejoramiento por la calidad.

El desarrollo histórico demuestra cómo el desempeño del especialista de Medicina General Integral desde su inicio, ha sabido aprovechar los retos que cada momento histórico ha planteado; aunque no se ha visto acompañado por los procesos que rigen su evaluación ni por la forma de gestionarla.

El enfoque histórico del objeto y el campo de esta investigación demuestran que la evaluación del desempeño profesional de especialistas de Medicina General Integral es una necesidad del desarrollo de los mismos y de ese nivel de atención; sin embargo, se aprecia un tránsito pasivo de una etapa a la otra, sin evidenciarse un verdadero salto en la calidad de un proceso, que desde sus inicios está caracterizado por la contemplación de una demanda y que se conduce por medio de aplicación de fórmulas que no proporcionan soluciones viables.

Asimismo, la evolución de este proceso debe dar lugar a una etapa superior, donde tanto los aspectos legales y normativos como las condiciones de los espacios formativos y de desarrollo profesional, generen la aparición de propuestas que satisfagan las necesidades existentes y marquen nuevos desafíos a la evaluación de los desempeños médicos, favorecidos por el modelo de salud y la participación ciudadana en la gestión de los procesos sociales.

## 1.2. El desempeño médico profesional en la atención primaria de salud: una respuesta a las necesidades sociales

El desarrollo alcanzado por el sistema de salud cubano se evidencia en los indicadores que se exhiben y que comparan a Cuba con los países más desarrollados del mundo. Estos logros son posibles mientras sea factible estrechar el margen de necesidad y demanda de servicios a la población a través de ofertas de mayor calidad de los procesos educacionales y del desempeño de sus egresados. La atención primaria de salud, al ser la base fundamental que sostiene el citado sistema, debe tener cimientos sólidos.

El concepto de **salud** emitido por la Organización Mundial de la Salud <sup>171</sup> la define como “el completo bienestar físico, psíquico y social”, que implica un normal funcionamiento de todos los aspectos relacionados con esta, manteniendo un balance entre lo biológico y lo social, por lo cual la medicina y los servicios derivados de ella son la suma de una disciplina científica con un componente humano muy importante, que deberá garantizar una atención de calidad.

En relación con este concepto de salud, la **calidad de la atención médica** ha sido abordada desde múltiples ángulos y la preocupación por lograrla en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio de la profesión. La Escuela Nacional de Salud Pública la reconoce como “el proceso fundamentado en la armonía de las características de los servicios brindados a la población, con el sistema de normas valorativas y expectativas existentes en un momento histórico concreto y en una sociedad dada”.<sup>172</sup>

Igualmente se corresponde con el criterio emitido por Avedis Donabedian, según el cual es “el tipo de atención que se espera va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. <sup>173</sup>

Todo esto se resume como una medicina caracterizada por la idoneidad científicotécnica, humana y financiera, junto a la responsabilidad de los profesionales, instituciones y funcionarios que integran el sistema sanitario y responden a las demandas crecientes de perfeccionar su estructura, así como la satisfacción del individuo sano o enfermo, la familia y la población por la atención recibida.

El anterior análisis demuestra que la atención de calidad tiene en la infraestructura donde se apoya un aspecto incuestionable y que desde hace mucho se han dirigido las miradas hacia la necesidad de evaluarla a partir del desarrollo del profesional y de su desempeño en el puesto de trabajo. <sup>174</sup>

---

<sup>171</sup> OMS.OPS: Panorama de la salud en la región, 2007. P: 45.

<sup>172</sup> R. Borroto y R. Aneiros: La comunicación humana y la calidad de la atención médica, 1997.

<sup>173</sup> A. Donabedian: La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad, 1990. P: 66.

El **desempeño profesional**, concepto de gran importancia para esta investigación, consiste en combinar la ejecución de un conjunto de capacidades y cualidades, que hacen que el individuo cumpla con sus funciones laborales y sociales.

Se conceptúa como “el comportamiento o conducta real de los trabajadores, tanto en el orden profesional y técnico como en las relaciones interpersonales que se crean en la atención del proceso de salud - enfermedad de la población, donde a su vez influye de manera relevante el componente ambiental mediante una correlación directa entre los factores que caracterizan el desempeño profesional y los que determinan la calidad total de los servicios de salud”.<sup>175</sup>

Es por ello que si la calidad de la atención tiene que estar presente en todo el sistema sanitario, resulta imprescindible que el primer contacto del individuo con el sistema de salud por medio de la atención primaria esté representado por servicios de excelencia y que su principal actor: el especialista de Medicina General Integral, preste una atención diferenciada, con un vínculo muy estrecho entre el puesto de trabajo y el área geográfica donde habita, con una relación médico – paciente – familia – comunidad caracterizada por el respeto, la adecuada comunicación y el trabajo en equipo que redundará en obtener mejores resultados de la atención brindada, de modo que el **desempeño médico** y el **servicio de calidad**, son dos procesos que se complementan en su constante desarrollo.

Significa que el profesional tiene la oportunidad de manifestar su desempeño y el desarrollo del mismo al ser capaz de aplicar lo aprendido, cuando puede demostrar de manera tangible su pericia y exponer de forma práctica lo que sabe hacer mediante la proyección de sus competencias a través de la expresión exteriorizada, en correspondencia con el escenario laboral donde ejerce sus funciones. Esta manifestación de conocimientos, habilidades y valores propios de cada profesión es conocida en el lenguaje médico como **competencia clínica**.

La competencia clínica ha sido definida como “la apropiación de los instrumentos necesarios para poder enfrentar cualquier problema de salud, independientemente del contexto, de la modificación del cuadro básico de salud, de la aparición de enfermedades emergentes y reemergentes, y le servirá de base para orientarse en un camino lógico y de posible solución al citado evento con el que se relaciona,

---

<sup>174</sup> G. Morera : Concepto de calidad en la asistencia sanitaria. Metodología para su medición, 2003.

<sup>175</sup> R. Salas: Evaluación del Desempeño. Monografía, 2004.P: 32

teniendo una actitud creadora y modificadora del proceso salud - enfermedad y del entorno social e identificando a los individuos con avance profesional." <sup>176</sup>

Ello demuestra que para poseer un desempeño médico acorde con las normas establecidas del actuar profesional, se tiene que haber transitado por la correcta adquisición de dichas competencias en el transcurso del proceso de enseñanza - aprendizaje durante toda la carrera y perfeccionadas con la experiencia acumulada, tanto por la superación individual continuada en el posgrado como por el propio ejercicio de la profesión. Ellas se incorporan al desempeño a través del método de la carrera, que es el **método clinicoepidemiológico**: variante del método científico, el cual se concreta al aplicarse sobre el proceso salud - enfermedad de un paciente. <sup>177</sup> La connotación social que tiene la medicina cubana y el hecho de estar sustentada en las bases de una sólida atención primaria de salud, le confieren al método clínico el enfoque epidemiológico en la solución de los problemas.

La aplicación de este método clinicoepidemiológico, en consecuencia, debe estar orientado por un especialista de Medicina General Integral que labora en un amplio escenario de atención, donde cada caso tiene una complejidad y diversidad específica, que se interrelaciona de forma obligada con factores sociales, familiares, ambientales, económicos y comunitarios y donde la variación constante de los cuadros básicos de salud ponen a prueba su destreza profesional.

Sin embargo, la utilización del método clinicoepidemiológico "está sufriendo una crisis en el momento actual."<sup>178</sup>, por lo que el desempeño del citado especialista se está viendo también afectado. La responsabilidad de mantenerse constantemente actualizado, con un desempeño acorde a las circunstancias y con una formación que continúa en un **aprendizaje de por vida**, hace imprescindible que se tenga necesidad de recurrir a **mecanismos** que impulsen al especialista de la atención primaria de salud a mantener e incrementar su formación profesional y reconocer sus necesidades de actualización permanente.

Uno de los mecanismos que promueve el desarrollo del desempeño es el **trabajo en grupo**, el que se sustenta fundamentalmente en ubicar a los implicados en un ambiente de cooperación mutua, donde

---

<sup>176</sup> C. Domínguez, M. Verdecia: Gestión de calidad de la Atención Primaria de Salud, 2005. P: 8

<sup>177</sup> M. Moreno El método clínico. Recopilación de artículos. Impenta FAR, 1999

<sup>178</sup> *Ibidem*. P: 16

cobra relevada importancia la interacción entre todos sus componentes, considerando que esta relación constituye fuente y medios de experiencias para todos, lo que incluye cambios de conductas<sup>179</sup>.

En el sector de la salud, el trabajo se desarrolla en los **grupos básicos de trabajo**. Es aquí donde se ponen en contacto todos los miembros del colectivo para desarrollar las actividades científicas y de entrenamiento en los servicios, siendo ésta una vía para promover el incremento del desempeño clínico epidemiológico en la atención primaria, lográndose fundamentalmente durante el trabajo en situaciones reales,<sup>180</sup> lo que enfatiza la idea de que el ejercicio de la profesión es una actividad colectiva, por lo que la inserción del Médico General Integral en el grupo básico de trabajo y éste en la unidad de salud, garantiza el **desarrollo individual y grupal de la institución**.

De manera que se hace evidente que el papel social y el colectivismo en la forma de actuar que se le imprime a la atención médica, le condicionan a la misma un **carácter formativo y transformador**. Los requerimientos de dicha atención, exigen la fusión de lo atencional y lo educativo de forma coherente a través del método clínico – epidemiológico. Ello hace que se intervenga en la comunidad para ir adquiriendo los modos de actuación en el puesto de trabajo, solucionando problemas que exigen la toma de decisiones perfeccionando así cada día su propio desempeño y fomentando nuevas experiencias, con lo cual se incrementan las competencias.

Es por eso que en la medida en que se incrementan las competencias clínicas de algún miembro del equipo, se trasmite al resto de forma exponencial e influye en la calidad de los servicios prestados de forma favorable. Los logros y dificultades de la competencia clínica son puestos en evidencia por medio del desempeño profesional. De ahí la importancia que se le confiere a la relación del Médico General Integral con su entorno profesional.

De la misma manera, el desarrollo profesional exige de mecanismos de valoración que dé cuentas a sí mismo, al grupo y a la institución de los niveles alcanzados y de lo que falta por alcanzar para poder llevar adelante un servicio de salud con calidad en el escenario asistencial. Estos mecanismos de valoración poseen en sentido general ventajas para todos los grupos implicados dentro de los que es necesario resaltar los niveles de corrección ante las dificultades que se encuentren y el estímulo al trabajo grupal, incentivando la acción cooperada<sup>181</sup>.

---

<sup>179</sup> J. Casales: Psicología Social. Contribución a su estudio, 1989.

<sup>180</sup>F. Ilizastegui, D. Pedroso: Educación Médica, 1991.

<sup>181</sup> A. Carpio: Evaluación del desempeño de cuarta generación, 2007.



Dentro de estos mecanismos de valoración está la **evaluación del desempeño médico** que orientará por medio de una vía probada cómo se aprecia el desenvolvimiento del individuo en su puesto de trabajo y cuál es su potencial de desarrollo.

Es posible reafirmar entonces que un desempeño médico de calidad va a garantizar servicios de salud que responderán a las necesidades crecientes de salud social, de ahí la imperiosidad de que el desempeño sea fruto de un proceso articulado entre el desarrollo científico y de relaciones interpersonales y que sea evidenciado a partir de mecanismos de valoración y estimulación que aplicados a los especialistas, a los grupos básicos de trabajo y a las instituciones de salud, redundan en aumentar la calidad de la salud comunitaria.

### **1.3. La evaluación del desempeño médico como vía para desarrollar las competencias profesionales y la calidad de los servicios de salud en la comunidad**

La evaluación del desempeño en sentido general y en salud en particular es un acto complejo como todo proceso donde se emitan juicios de valor.

Según Ramiro Pavón, la evaluación del desempeño ofrece información para poder tomar decisiones, constituye una oportunidad de revisión del evaluado y la administración para valorar el comportamiento, por lo que se le atribuye la función de retroalimentación y permite corregir a través de esta información, las deficiencias que se detecten, contribuyendo a que se estimule el desarrollo del trabajador.<sup>182</sup>

La evaluación del desempeño como sistema de apreciación de cómo se desenvuelve el individuo en su puesto de trabajo y su potencialidad de desarrollo, ha sido poco trabajada hasta ahora en la esfera de la salud. Cuando se ha utilizado, ha sido para detectar problemas y comparar los resultados encontrados con un patrón de rendimiento deseado o estandarizado. En el año 2000, Mc Donal retoma conceptos dados por la UNESCO en el año 1994 para enjuiciar las características que debe tener la evaluación del desempeño para que cumpla con los postulados de poder exteriorizar la competencia exponiendo la necesidad de una evaluación integral del mismo y de una vasta exposición de evidencias para inferir la competencia<sup>183</sup>

Esto refuerza la necesidad de abandonar el enfoque punitivo que en ocasiones se le confiere a la evaluación del desempeño y cambiar su dirección como el **eje impulsor y motivacional del desarrollo de**

---

<sup>182</sup> R. Pavón: Evaluación del desempeño, 2000

<sup>183</sup> R Mc Donal Nuevas perspectivas sobre evaluación, 2000

los procesos de superación profesional.<sup>184</sup> Si se trabaja así, la evaluación del desempeño no se quedará al margen del desarrollo cualitativo y de la superación profesional, sino que se vinculará más con la calidad de los servicios prestados, influyendo en el individuo evaluado, en la institución donde labora y en la comunidad a la cual se dirigen los resultados, como expresión de garantía social.

La relación que se establece entre el profesional y el resto de los participantes en el proceso evaluativo, condiciona que se estrechen los nexos entre todos, lo que estimula al desarrollo y le refuerza el **carácter integrador** a la evaluación del desempeño.

**Las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud en su reporte sobre “La Evaluación del Desempeño para la Educación Permanente del Equipo Local de Salud”, asevera el carácter individual de dicho proceder hasta ese momento y postula además la necesidad de que la evaluación del desempeño sea un proceso integrado a la evaluación de la atención de salud, como una realidad que articule al profesional con todos los miembros del equipo, trascendiendo de lo individual a lo institucional.** <sup>185</sup>

Es así como la evaluación del desempeño debe introducirse en el sector de la salud para que contribuya a incrementar el desarrollo cualitativo por medio de la superación profesional y que sea participe del crecimiento individual, para potenciar el avance de la institución y de la población a quienes van dirigidos los servicios de salud, acorde con sus exigencias de calidad, lo que incrementará su repercusión social.

En el tránsito de la atención primaria hacia el perfeccionamiento de sus diversas actividades, se evidencia la acción conjunta del **especialista, la institución y la comunidad** para poder llevar a cabo una asistencia de calidad. La institución ha sido la estructura básica de integración de la asistencia, la docencia, la investigación y la participación de la comunidad, mientras que el grupo básico de trabajo es el **eslabón de enlace** entre el policlínico y el especialista, lo que contribuye a que este último no ejecute sus acciones de forma aislada sino que utiliza su representación institucional y su complemento grupal para de esta forma confiarle a la atención primaria la garantía de la calidad de un sistema de salud social y comunitario.

---

<sup>184</sup> R. Salas: Evaluación del Desempeño Profesional, 1999

<sup>185</sup> PASCOP/OPS/OMS. Evaluación del desempeño para la educación permanente del equipo local de salud, 1992

El grupo básico, es uno de los resortes importantes para el adecuado funcionamiento en la atención primaria de salud. Entre sus principales funciones está “la evaluación de la competencia y el desempeño de los mismos y de esta forma elevar la calidad de la atención médica que se brinda a cada individuo, familia y comunidad en actividades de consulta y terreno, convirtiendo cada acción asistencial en un acto capacitante.”<sup>186</sup>

Una de las maneras que utiliza este grupo básico para evaluar el desempeño de sus especialistas y realizar actos de perfeccionamiento profesional de forma conjunta es **la discusión** junto a todo el colectivo, del **análisis de la situación de salud**. Este pasa por tres momentos, identificación de los problemas, diagnóstico y el análisis de la situación de salud.<sup>187</sup> Este último aspecto le proporciona al proceso su carácter educador al tener como requisito imprescindible, la participación activa de la comunidad y sus sectores, lo que refuerza una vez más, el alcance social de la salud.

En este ejercicio asistencial y educativo, el rol del grupo básico de trabajo es muy importante, ya que se desempeña como la **célula organizacional del servicio**, que desarrolla, ejecuta y supervisa las acciones asistenciales, docentes e investigativas con un enfoque multiprofesional e interdisciplinario.<sup>188</sup> El mismo, utiliza mecanismos de fiscalización de las diferentes acciones de sus miembros, evalúa capacidades para la precisión, análisis y conducción de los planes de acción, prevención de entidades, detección y minimización de riesgos, modificaciones de estilos de vida e implementación de modelos terapéuticos y de rehabilitación, todo lo cual eleva la calidad de los servicios de salud.

Esta investigación asigna gran relevancia al **enfoque grupal de la salud social y comunitaria**, ya que incrementa la confianza, solidifica la acción de grupo, aumenta la responsabilidad individual y colectiva y condiciona las bases necesarias para incorporar a las acciones de salud un elemento muy necesario en la comunidad, el apoyo de los sectores no sanitarios.

La acción conjunta que se genera cuando participan dentro del sector de la salud otros sectores en función del bienestar social, es uno de los elementos de mayor impacto en el proyecto de salud cubano.

La **intersectorialidad**, que no es más que la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esta respuesta social organizada, la cual

---

<sup>186</sup> MINSAP: Organización Desarrollo y Control del Proceso Docente Educativo en la Atención Primaria de Salud, 1998. P:9

<sup>187</sup> S. Martínez. Análisis de la Situación de Salud. 2003

<sup>188</sup> R. Salas: La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos. Monografía, 2000

consiste en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector de la salud y apoyadas en políticas nacionales o locales, se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes.<sup>189</sup>

La asistencia de todos los componentes involucrados en el mantenimiento, conservación y recuperación de la salud, le confieren al proceso un espacio de **participación compartida**<sup>190</sup>. Estas acciones inducen al diálogo entre sus integrantes, que responderán a las necesidades que emanan de las citadas acciones en la misma proporción en que emiten sus demandas y sean capaces de reconocer sus potencialidades de desarrollo. Es por eso tan importante el vínculo con esos sectores que forman parte de la propia comunidad y con la que compartirán las diversidades del medio donde cohabitan.

Esta investigación le confiere un papel significativo al grupo básico de trabajo, potencializando la relación del especialista y propiciando la incorporación de la comunidad con todos sus participantes, se convierte así en el **mediador** de estos procederes que catalizan el desarrollo del individuo, la institución y el grupo, en función de garantizar la calidad de los servicios de salud, pudiendo utilizar la evaluación del desempeño del Médico General Integral para realzar su **función formativa** por medio de la observación directa, la valoración de sus indicadores de salud territorial y el análisis de la situación de salud de la comunidad que le corresponde.

Es así como se destaca el papel protagónico que conquista el especialista de Medicina General Integral al constituirse en el primer contacto de la población sana o enferma con el sistema de salud, por lo que necesita exhibir un desempeño acorde con las exigencias y las **demandas crecientes** de las necesidades de salud de la población que atiende, exteriorizando de esa forma su competencia clínica, siendo una expresión consciente de la calidad de la atención que brinda y en respuesta al concepto de salud con su componente social tan importante como el que exigen los momentos actuales. El citado especialista utiliza el método clínico epidemiológico como eje conductor de su accionar y al análisis de la situación de salud como herramienta imprescindible en su trabajo cotidiano para poder alcanzar los objetivos de desarrollo que se propone.

Se precisa además de la acción de los sectores no propios de la salud y que cohabitan en la propia comunidad, ellos contribuirán a solucionar o al menos minimizar algunas de las problemáticas de salud

---

<sup>189</sup> P. Castell: La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública, 2004

<sup>190</sup> A. Dabdoub, A. Aguirre, T. Medina: Políticas municipales de desarrollo humano, 2002

y que no pueden ser manejadas solamente por el sector sanitario, por medio de una acción de **cooperación conjunta**. Significa que un proceso de evaluación del desempeño de los profesionales de la atención primaria debe atender de forma integrada las relaciones que se dan en estos contextos.

El **ente aglutinador** entre la comunidad y sus sectores, la institución y el especialista es el grupo básico de trabajo quien es el encargado entre otras funciones, de velar por la calidad de la atención que se brinda por medio de **mecanismos reguladores**. Estos mecanismos, se constituyen en procesos que inducen al desarrollo individual y colectivo, siendo los más apreciables, el trabajo en grupos y la evaluación del desempeño profesional.

De manera que un proceso de evaluación del desempeño en la atención primaria de salud, debe integrar coherentemente la participación del especialista de Medicina General Integral, su grupo básico de trabajo y la comunidad con sus sectores para que todos en conjunto y con una participación cooperada ofrezcan servicios de calidad e induzcan al desarrollo de todos los implicados en el mismo, situación que no ha sido factible de lograr aún.

#### **1.4. El desempeño médico y su evaluación como proceso formativo que promueve el desarrollo individual y grupal**

Uno de los objetivos que se ha planteado la educación médica superior en muchos países en los últimos años, lo representa la calidad de la formación y superación del **capital humano** para la búsqueda de un cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de salud, que posibilite la formación de un profesional que responda a las necesidades económico - sociales, pero a su vez sea capaz de enfrentar los retos científicos y tecnológicos que exigen los tiempos que se están viviendo <sup>191</sup>, por lo que la capacidad formativa, el desarrollo personal e institucional se verán reflejados en un proceso de cambios constantes en la formación que inducen al desarrollo.

Dentro de estos cambios está el papel que se le ha otorgado a la evaluación en la educación superior, siendo éste un aspecto bastante trabajado. Autores como Scriven<sup>192</sup>, Díaz Barriga<sup>193</sup>, C. Álvarez<sup>194</sup>, entre otros, le dan connotaciones diferentes y observan el mismo hecho desde distintos ángulos, unos

---

<sup>191</sup> R. Salas: La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos, 2000

<sup>192</sup> J. Scriven: Perspectives of currículo evaluation, 1967

<sup>193</sup> A. Díaz Barriga: El problema de la teoría de la evaluación y de la cuantificación del aprendizaje, 1993

<sup>194</sup> C. Álvarez: La escuela en la vida, 1995.

dirigidos a los resultados, otros a los procesos; estando la mayoría de las veces encaminados a precisar aspectos referentes al proceso docente educativo. Aun cuando el tema que aborda esta investigación es el de la evaluación del desempeño, hay similitudes con la **evaluación del aprendizaje** sobretodo en los aspectos formativos que es necesario tener en cuenta.

La **evaluación formativa**, trae aparejado un proceso complejo de cuyas estrategias se sustenta el desarrollo del personal a quien va dirigido.

La Dra. Miriam González,<sup>195</sup> por ejemplo, enuncia las consideraciones de la evaluación educativa general definiendo la misma como una "actividad cuyo objetivo es la valoración del proceso y resultados (...), a los efectos fundamentales de orientar y regular la enseñanza para el logro de las finalidades de la formación".

El Dr. Pedro Horruitiner<sup>196</sup> por su parte, resalta la función educativa e instructiva que cumple la evaluación, favoreciendo la revisión sistemática, creando hábitos de estudio y trabajo, lo que favorece la **formación integral** del estudiante. Cuando se cumple con las cualidades que debe tener un sistema de evaluación, el mismo inducirá al desarrollo del evaluado, promoviendo su independencia y su creatividad.

La evolución que han experimentado las formas de evaluación en la educación superior por medio de un trabajo sistemático de los colectivos pedagógicos, ha transformado el enfoque acumulativo - cuantitativo en cualitativo - integrador que es la tendencia que hoy se manifiesta<sup>197</sup>, lo que hace que el desarrollo alcanzado por este eslabón del proceso tienda a que cada vez deban ser más frecuentes las evaluaciones vinculadas al futuro desempeño profesional.

Quiere decir que, tanto la evaluación del aprendizaje como la del desempeño, independientemente de ubicarse en escenarios diferentes, tienen como similitud que ambos cumplen con una función social de inestimable valor, al aportar cualidades que contribuyen al desarrollo de los individuos, siendo preciso que para que se produzca una acción formativa tienen que existir cambios a través de una intervención

---

<sup>195</sup> V. González M: La evaluación del aprendizaje. 2000. P: 41

<sup>196</sup> P. Horruitiner: Fundamentos del proceso de formación en la Educación Superior. La experiencia cubana, 2005.

<sup>197</sup> *Ibidem*

donde la **participación consciente de los implicados** esté dirigida a conseguir objetivos bien definidos.<sup>198</sup>

El especialista de Medicina General Integral, está estrechamente vinculado a la comunidad donde labora, donde alcanza y se adueña de herramientas de información y retroalimentación, que le servirán para actualizar y fortalecer su propio desempeño.

El citado desempeño se va entonces construyendo bajo un proceso formativo caracterizado por un lado, por la adquisición de conocimientos, habilidades, destrezas y valores, propios de la actividad médica profesional que es reforzado por la experiencia atesorada, lo que condiciona un **aprendizaje acumulativo** y por otro lado, las **exigencias sociales** dadas por el alto contenido social que tiene la especialidad, fomentando ambos un desarrollo cada vez más creciente de la competencia profesional.

Es por ello que el propio profesional debe ser capaz de definir y conocer sus necesidades de formación, los contenidos que necesita para su práctica diaria y adecuarlos a su perfil de trabajo y a su contexto, así como los métodos más idóneos para adquirir y mejorar las **competencias**, entendidas estas como: "una combinación de conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes que se pueden demostrar en un contexto profesional determinado y que se pueden transferir a diferentes condiciones a través de la actualización permanente"<sup>199</sup>.

Siendo las competencias profesionales las que le permiten al especialista en Medicina General Integral desarrollar su práctica profesional a un nivel deseable, utilizando la **autoevaluación** como uno de los medios de reconocimiento y regulación de necesidades de cambios.

Sin embargo, no siempre la identificación personal de estas necesidades resuelve todos los escollos y brechas, por lo que se precisan otros mecanismos evaluativos que ayuden al especialista a salvar estas imperiosidades necesarias para perfeccionar las citadas competencias. La autoevaluación debe complementarse con procesos de evaluación externa, destacando la importancia de las valoraciones grupales en torno a los problemas y sus soluciones.

---

<sup>198</sup>J. Pozo: Estrategias para enseñar, estrategias para aprender.... *o cómo ser estratégicos para que nuestros alumnos también lo sean. 2003*

<sup>199</sup> H. Fuentes y col.: Una concepción curricular basada en la formación de competencias. 2004. P:12

En sentido general las funciones de la evaluación van a estar en concordancia con los componentes de la misma. En este sentido, la Dra. González<sup>200</sup> identifica varios componentes de la evaluación educacional que pudieran ser utilizados y defendidos en la evaluación del desempeño médico donde destaca el valor de la autoevaluación, de la evaluación externa y del contexto en todo proceso evaluativo.

La autoevaluación, al servicio de la superación de cualidades y desarrollo de potencialidades humanas y profesionales, no siempre se ha utilizado para mejorar las competencias del profesional. Es un proceso que estimula la responsabilidad y desarrollo personal; el individuo adquiere un **papel protagónico** al formar estrategias de autocontrol y autovaloración que solo pueden formarse mediante su ejecución,<sup>201</sup> contribuyendo al crecimiento integral de la persona.

En la Teoría Holístico Configuracional <sup>202</sup> se enfatiza también el papel que tiene la autoevaluación, al referirse a ella como la que "constituye un proceso de autocrítica que genera hábitos de reflexión sobre la propia realidad" y considerarla como potenciadora de una **evaluación desarrolladora**. La citada teoría trabaja **la autoevaluación, la coevaluación y la heteroevaluación** en una concepción democrática y formativa del proceso en el que deben participar activamente todos los sujetos implicados, aprovechando la ventaja de realizarse plenamente, desarrollar su capacidad crítica y favorecer la independencia y la motivación.

Aunque tanto la autoevaluación como la coevaluación están poco representadas como formas de evaluación en el sistema de salud nacional y en la evaluación del desempeño, se consideran enriquecedores del análisis individual y grupal y deben ser tenidos en cuenta para concebir procesos de evaluación del desempeño que conduzcan a la elevación de las cualidades personales y grupales.

La heteroevaluación es la dimensión más utilizada en todos los niveles y sistemas de educación. Los autores de la teoría holístico configuracional la califican como contradictoria con el modelo de evaluación participativa si se analiza de manera aislada,<sup>203</sup> pues de esta manera se vuelve lineal y rígida, por lo que puede ser modificada en dependencia de la forma en que se aplique la misma y el grado de negociación en que se verían implicados los participantes del proceso. De esta forma en que

---

<sup>200</sup> V. González.: *op.cit.*

<sup>201</sup> *Ibidem*

<sup>202</sup> H. Fuentes H. y col.: La universidad y su gestión; una mirada dialéctico holística, 2003

<sup>203</sup> H. Fuentes H. y col: *op.cit.*



se evalúa el desempeño del profesional, es entonces factible emitir juicios razonables acerca de su competencia.

Cuando la autoevaluación, la heteroevaluación y la coevaluación del desempeño se utilizan de forma organizada, sistemática y dinámica y sirven como recursos para reconocer los logros individuales, institucionales y grupales y que los problemas que detecten propicien independencia y medios en la solución de los mismos, donde se destaca el **carácter formativo e integrador** que tienen al reflejar su influencia positiva que induce al desarrollo.

La oportunidad que tienen los profesionales para aceptar la evaluación del desempeño como vía para incrementar su desarrollo en un accionar lógico y ordenado refuerza también su carácter formativo, sobretodo cuando se interioriza que su inicio comienza cuando los implicados sienten la necesidad de su presencia y vislumbran las ventajas de su aceptación.

El especialista de Medicina General Integral, necesitado del cambio y conciente de ser uno de los sujetos más importantes del sistema de salud nacional, refuerza la responsabilidad que tiene ante la sociedad la que le ha concedido ese reconocimiento especial. El comportamiento de este especialista va a depender en gran medida de su estima o valía.

La imagen que se crea el individuo de sí mismo refleja la idea de cómo es con respecto a otros y cómo se desempeña en relación a las expectativas necesarias para ello. Es por ello que para que se produzca un cambio en la forma de actuar de un individuo es necesario primero que esté convencido de su necesidad, requiriendo de estar **motivado al cambio y convencido de que puede hacerlo**. La convicción de que se es merecedor y la seguridad de ser competente en una actividad determinada, son elementos que inducen a afrontar adecuadamente cualquier desafío.<sup>204</sup>

El desempeño como toda actividad "cambia y se perfecciona en concordancia con el desarrollo de la sociedad a la que se subordina y a la vez transforma constantemente"<sup>205</sup> y posee una fuerte noción de mediación.<sup>206</sup>

Las herramientas, instrumentos o implementos necesarios para emprender cualquier actividad, auxilian al individuo a concebir un fin específico. El profesional de la salud en el país, y en especial el

---

<sup>204</sup> E. Díez: Autoestima, Superación personal y profesional , 2007

<sup>205</sup> S. Vygotsky: El desarrollo de los procesos psicológicos superiores, 1979. P: 59

<sup>206</sup> *Ibidem*.

especialista de Medicina General Integral ha logrado aprovechar las particularidades propias de su desempeño en equipo y su ubicación laboral para influir de forma favorable en su **crecimiento individual**, proponiéndose objetivos alcanzables pero cada vez más abarcadores.

El desempeño del especialista de Medicina General Integral está sometido además a modificaciones que son el resultado entre otros factores, de los cambios que ocurren en su entorno. Por tanto, con el desarrollo que logra alcanzar el especialista por medio de las modificaciones de su desempeño, debe ser capaz de aprovechar los medios o herramientas que se ponen a su alcance, ya sean materiales o psicológicas, para obtener el salto de calidad al cual aspira.

Las herramientas materiales le proporcionan al hombre los medios para actuar sobre el ambiente que lo rodea y modificarlo, las psicológicas son mediadores simbólicos de la conducta, tienen una orientación hacia el interior de las personas para autorregularse y señalar qué debe hacer frente a tal señal.<sup>207</sup>

En consecuencia, el desempeño médico se comportará como herramienta cuando sea capaz de transformar por medio de los modos de actuación y a través del método clínico el contexto que lo circunda, pero también cuando sirva de **mecanismo de reflexión** a ese especialista que utilice sus resultados para la **autotransformación** de sus logros y dificultades, modificarse a sí mismo y trazarse nuevos objetivos y alcances.

“La independencia de desarrollo de un sujeto se logra gracias a la **cooperación** de los más capaces, siendo el desarrollo humano el resultado de una perpetua y mutua cooperación entre las personas”.<sup>208</sup> Es por ello que los cambios en el desempeño del profesional se constituyen en un motor impulsor para el avance, que arrastra consigo a otros miembros del grupo con quien se tienen vínculos laborales.

En este aspecto, Juan Ignacio Pozo<sup>209</sup> informa las contradicciones que existen en los diferentes contextos culturales a la hora de definir el origen de la adquisición, consolidación y divulgación de los conocimientos, ya que unos son ubicados como expresión del desarrollo individual, mientras que otros lo atribuyen a la acción colectiva.

Si bien es cierto que la relación con el colectivo estimula la competitividad necesaria para poder alcanzar nuevos objetivos, el impulso que rompe la inercia para la adquisición o consolidación de los

---

<sup>207</sup> G. Briones: Preparación y evaluación de proyectos educativos, 1995

<sup>208</sup> S. Vygotsky: Obras Completas, 1989. P: 36

<sup>209</sup> J. Pozo, C. Gómez: Aprender y enseñar ciencia. Del conocimiento cotidiano al conocimiento científico, 2003

citados conocimientos, tiene que ser iniciado por el interesado. Estos cambios en el actuar profesional hacen que él establezca puntos de referencia con respecto a sí mismo y a sus iguales, lo cual sirve de base para tomar decisiones que lo promueven a apropiarse de **nuevas metas**. Al reconocer además en el resultado de su trabajo una fuente importante de motivación para el cambio, estará más dispuesto a la **autorrealización** y utilizará mecanismos de **autorregulación**, lo cual aumenta su competencia y ayuda a mantener su **autoestima positiva**.<sup>210</sup>

En la medida en que el especialista de Medicina General Integral tenga más evidencias de la positividad de su autoestima, hará más consciente la necesidad de merecer que se le evalúe el desempeño para demostrar con más seguridad su competencia clínica y dar muestras fehacientes de su crecimiento personal y profesional, ya que al decir de Maslow<sup>211</sup> “la autoestima constituye una necesidad fundamental que permite a las personas lograr su desarrollo y superación, surgiendo requerimientos de mayor capacitación profesional y necesidades de más agudeza y creatividad para generar **nuevos proyectos laborales**”.

Es de esta forma, al incentivar la autoestima, que el desempeño profesional y los mecanismos de su evaluación se promueven en metas crecientes que movilizan el avance individual y se constituyen en **promotores de crecimiento y desarrollo**, al mismo tiempo que interactúan con el resto de los especialistas y con el Grupo Básico de Trabajo, por lo que estarán determinados socialmente. Mientras más rica y frecuente sea la interacción con los otros, mejores y más evidentes serán las competencias y el desempeño del profesional, que evidenciarán así el **potencial de desarrollo** mediante la interacción con los demás, según la teoría de desarrollo próximo.<sup>212</sup>

Para poder insertar a la evaluación del desempeño como parte inherente al desarrollo personal, el especialista de Medicina General Integral tiene que apropiarse de **mecanismos de retroalimentación** que le indiquen hasta dónde es necesario proporcionar un cambio en su forma de actuar y de ser, por lo que necesita de mecanismos de control que directa o indirectamente regulen sus acciones y delimiten hacia dónde se puede y se debe llegar.

---

<sup>210</sup> E. Díez: *Op. cit.*

<sup>211</sup> A. Maslow. El hombre autorrealizado. Ed. Paidós, Barcelona. 1979. Citado en L. Calvo: Autoestima del Trabajador Social. Un espacio para la valoración profesional realizado con modalidad gestáltica, 2007. P:5

<sup>212</sup> S. Vygotsky: Obras Completas, 1989

Estos mecanismos hacen reflexionar al profesional y le otorgan la posibilidad de “estimularse para que se desarrolle la capacidad de observarse a sí mismo y de emprender un diálogo crítico con ellos mismos en relación con todo lo que piensen o hagan”,<sup>213</sup> lo que da cuentas de la madurez de los sujetos a favor de su crecimiento personal, les permite ascender a mejores niveles de desarrollo y provoca que los procesos que ellos llevan a cabo, adopten también las mismas características.

Los mecanismos reguladores sirven también de retroalimentación para interiorizar el carácter formativo y desarrollador de la evaluación del desempeño y tienen que ser usados por el profesional, por la institución y por la propia comunidad a través de un diálogo entre los participantes, el cual estrecha las relaciones individuo - colectivo, lo que propicia que se actúe con independencia en función de acciones comunes.<sup>214</sup> Esto sirve al colectivo para socializar las mencionadas acciones, y por medio de su ejecución, que se ejerza su influencia de cambio para todos los implicados.

Los mecanismos de control, tanto individuales como colectivos, poseen particularidades especiales que necesitan ser resaltadas.

Entre los **mecanismos de control personal** se resalta la capacidad que tiene el individuo de regular sus acciones por medio de la **reflexión**, pues a través de sus peculiaridades propias toma conciencia de las mismas para poder evaluarlas. Pero la práctica de la reflexión debe ir más allá de la capacidad de observación y diálogo, poseer la fuerza suficiente para romper la inercia de lo contemplativo y utilizar las herramientas que brindan la motivación y la necesidad del realce de la autoestima para convertirse en una práctica reflexiva que autovalore las posibilidades reales de crecimiento y conduzca al cambio.

De manera que este **acto reflexivo autovalorativo** propicia nuevas situaciones que tienen que ser evaluadas, pues a través de él se estima la capacidad de cambio, las acciones necesarias para lograrlas, el alcance del esfuerzo, las modificaciones que traerán al espacio físico, el tiempo que necesita ser empleado y de forma dinámica se emprenderá la nueva empresa, que propiciará renovadas modificaciones. Esta reflexión autovalorativa como expresión del nivel de autorregulación que posee el especialista, incentiva el desarrollo y la competencia individual.

Los colectivos necesitan también de mecanismos de control. Una forma de promover los controles entre colectivos es por medio de la interacción que se establece entre ellos. Las limitaciones propias del ser

---

<sup>213</sup> A. Bronckbank, I. McGill: Aprendizaje reflexivo en la educación superior, 2002. P: 72

<sup>214</sup> Colectivo de autores. Los métodos participativos. ¿Una nueva concepción de la enseñanza?, 1998

humano y la multicausalidad de los fenómenos obligan en casi todos los casos a que las conductas se canalicen de forma colectiva.<sup>215</sup>

En las **interacciones**, ambas partes se relacionan mutuamente, una influye en la actitud que la otra irá a tomar y viceversa. Las interacciones en los diferentes colectivos se verán encaminadas a promover acciones que multipliquen las fuerzas individuales. El alcance final no será la capacidad intelectual o de fuerza, sino la habilidad para trabajar eficazmente con otros,<sup>216</sup> al proporcionar la posibilidad del **desarrollo del trabajo grupal** con todas las oportunidades que el grupo aporta y reconociendo los mecanismos internos y dinámicos que se activan para tenerlos en cuenta en la influencia que se producirá en el análisis de las acciones futuras.

Siendo así, el especialista de Medicina General Integral, al laborar con su Grupo Básico de Trabajo, entra en una interrelación directa con el colectivo, el cual le entrena, supervisa y controla con responsabilidad compartida y, como resultado se retroalimenta de las necesidades de superación y sus posibilidades de desarrollo. Al sistema de salud, representado por el colectivo laboral, le es imprescindible poseer mecanismos de control que retroalimenten la acción de sus miembros y, a la vez que los citados mecanismos, le proporcionen la acción correctiva para solucionarlos. La acción correctiva es la base del control.<sup>217</sup>

Esta **acción correctiva y de autoridad** necesaria en los eventos organizacionales, no es imprescindible en todas las oportunidades con sistema jerárquico. La interrelación puede ser conducida de forma colaborativa, entre todos; en momentos determinados ser liderada por el que tiene la posibilidad real de dirigirlo, "por las facilidades de seleccionar su ambiente en el abanico de alternativas que subjetivamente perciben del contexto que los rodea",<sup>218</sup> donde los elementos del trabajo son los que la hacen eficaz o ineficaz.<sup>219</sup>

En resumen, los mecanismos de retroalimentación que se deben poner en práctica en la evaluación formativa del desempeño, cumplen entre otras funciones con el de informar el estado en que se encuentra el proceso, identificar lo alcanzado y la meta a alcanzar, impulsar al cambio y permitir en todo momento precisar quién es el líder de la acción: si el propio especialista con sus herramientas

---

<sup>215</sup> Chiavenato I. Administración de recursos humanos, 1979. P: 7.

<sup>216</sup> *Ibidem*. P: 8.

<sup>217</sup> *Ibidem*. P: 532.

<sup>218</sup> *Ibidem*. P: 28

<sup>219</sup> *Ibidem*. P: 28

reflexivas, la institución con su interacción que corrige bajo su acción gerencial o la comunidad con su sentido de equipo, que colabora a que se comporte no de forma lineal, sino holística.

Todos estos mecanismos estimuladores del desarrollo del profesional proporcionan que el especialista tome la iniciativa como elección conciente de su empeño y exprese de esta forma su **carácter proactivo**. Hace uso así de sus potencialidades de adaptabilidad y anticipación de los hechos, de su disposición al cambio y de sus elementos de competitividad. Es capaz también de utilizar la retroalimentación como medio para valorar su rendimiento personal, demostrar así la efectividad de su accionar por medio de una alta iniciativa personal, lo cual le transforma en una persona más competente <sup>220</sup> y aumenta su autoestima.

De la misma forma que la proactividad es interpretada como la necesidad de saberse percibido por sí mismo y por otros, **la proyectividad** es la cualidad de sentirse reflejado. <sup>221</sup> Esta última es la posibilidad de mantenerse en relación mutua con el resto de los miembros de la institución o comunidad, de modo que al nutrirse de esa relación bidireccional, se aprovechan las cualidades de los otros, pero también se asume y refleja una imagen mejorada en comparación con la que le dio origen.

La **propositividad**, que no es más que la cualidad que emerge en busca de metas y objetivos lógicos y alcanzables, estará presente como conducta motivada hacia un fin o destino. <sup>222</sup> Es por eso que surge como necesidad de incrementar el desarrollo, cuando los individuos o colectivos se proponen metas crecientes que movilizan el avance y la potencialidad, tanto individual como de la colectividad.

Es por esto que tanto la proactividad, la proyectividad como la propositividad, pueden ser asumidas además por los procesos, ya que son características de los sujetos que se imprimen a los ambientes humanos y pueden recrearse y emerger en el profesional, en la institución y en la comunidad con sus sectores asociados como medios para reflejar **cualidades de desarrollo**.

En resumen, el especialista de Medicina General Integral, consciente de la importancia social de su labor, debe identificar el desempeño profesional como una actividad mediada por herramientas que condicionan su desarrollo y proporcionan el crecimiento del contexto donde labora, según sea capaz de interiorizar los alcances de su formación profesional y las exigencias que la sociedad le plantea, esto

---

<sup>220</sup> M. Pallares: Que es la proactividad. Gestipolis. 2005

<sup>221</sup> S. Stephen: Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva del infante: observando la identificación proyectiva, 2000

<sup>222</sup> V. González: La profesionalidad del docente universitario desde una perspectiva humanista de la educación. 2006

será posible en la medida que ese profesional haya alcanzado un adecuado nivel de autodeterminación y autorregulación

De la misma forma, todos los integrantes de los grupos básicos de trabajo y de la comunidad en general, deben reconocer la evaluación del desempeño como un mecanismo que proporciona crecimiento personal y promueve los cambios individuales y colectivos al establecer la cooperación estrecha entre los profesionales y de ellos con el resto, utilizando para su control, mecanismos de retroalimentación útiles en poder determinar el límite de las necesidades de cambio.

### **1.5. La gestión de la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral para impulsar el encargo social de los servicios de salud**

La asistencia médica es un proceso que se valora a través de los servicios que presta, los cuales tienen características intangibles, pues están asociados a experiencias y prestaciones; son tan variables al cambiar de un paciente o situación de salud a otro, que resulta muy difícil establecer estándares por el alto contenido humano y social que entrañan.

Esto motiva que los servicios sean perecederos y se utilicen en el instante en que se producen, permitiendo al paciente que evalúe «en tiempo real» no sólo el resultado del mismo, sino el proceso a través del cual se ha desarrollado. Tres fases son representativas de la gestión para incrementar la calidad de los procesos: **evaluar, analizar y mejorar**, lo cual conduce al mejoramiento continuo del servicio prestado <sup>223</sup> por medio del desempeño profesional.

El desempeño médico es un servicio complejo; por tanto, para que sea exitoso debe coincidir con las dimensiones de calidad señaladas por Donabedian, <sup>224</sup> a saber: **la técnica, las interpersonales y las del entorno**, donde el actuar profesional se involucra con su papel integrador como un componente esencial en la **gestión de calidad** que entraña todo proceso de salud.

La tecnología en la esfera de la salud o la producción es solamente un medio para alcanzar los objetivos planteados por la institución en sí; pero en el éxito de cualquier emprendimiento, lo realmente importante es el desarrollo del capital humano, por tratarse de un elemento que determina el crecimiento de los sistemas institucionales y depende principalmente de la flexibilidad y capacidad de

---

<sup>223</sup> J. Estrada: La medición de la calidad en el servicio, 1997

<sup>224</sup> A. Donabedian: La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad, 1990

innovación que posea la gente que participa en la organización, "la clave de una gestión acertada está en la gente que en ella participa." <sup>225</sup>

Desde que G. Becker<sup>226</sup>, conceptualizó el capital humano como "la inversión en dar conocimiento, formación e información a las personas", se ha utilizado el mismo en diferentes sectores de la producción y los servicios. "Esta inversión permite dar un mayor rendimiento y productividad en la economía moderna y aprovechar el talento de las personas." En salud es aplicable por cuanto considera los atributos de calidad que caracterizan a los servicios.

El mismo autor le confiere importancia al concepto de «reciclaje profesional» como vía para la formación y desarrollo del capital humano, donde la evaluación del desempeño juega un importante papel ya que dinamiza e impulsa el incremento del citado capital, lo que tiene que partir de la **autogestión** asociada a un **proceso reflexivo, crítico y valorativo** de los desempeños personales.

Es por eso que en esta investigación se asume que la formación y desarrollo del capital humano es un proceso de actualización y superación permanente de los profesionales de la salud, quienes están constantemente comprometidos con la calidad de los servicios que prestan.

El capital humano es insuficiente si no descansa en una estructura sólida que sustente el desarrollo intelectual, es a lo que Lazcano y Font denominan capital estructural, enfatizando la necesidad de la relación con el contexto y con el entorno<sup>227</sup>.

El incremento del capital humano no se da aisladamente, arrastra consigo al desarrollo de la institución. El individuo al ser más capaz es más eficiente, tiene más rendimiento, sabe utilizar mejor los recursos tecnológicos disponibles e impacta en la calidad de los productos que oferta. De la misma manera interactúa con sus colegas y con el entorno, el cual le plantea nuevas exigencias que motivan renovados cambios y lo desafía para que sean alcanzadas promoviendo al desarrollo.

Siendo así, la labor conjunta del especialista con el grupo básico de trabajo, proporcionará que las actividades asistenciales, docentes, administrativas e investigativas, fluyan de forma armónica y de esta manera, se incrementen las competencias clínicas de los profesionales asignados al citado grupo, lo que permitiría mejorar la calidad de la atención que se brinda a la población.

---

<sup>225</sup> R. Chuquisengo: Gestión del talento humano. 2007

<sup>226</sup> G. Becker: La inversión en talento como valor de futuro, 2002

<sup>227</sup> C. Lazcano, E. Font: Capital Humano en busca de un contexto, 2002



De la misma manera la **gestión de los procesos de salud social** reconoce al grupo básico de trabajo como la unidad estructural que tiene que armonizar las acciones de planificación, ejecución, control, evaluación, perfeccionamiento y evaluación del impacto en relación con los programas de salud, haciéndolos más pertinentes, utilizando de forma óptima los recursos y sabiendo valorar el impacto que producen en la población. Para ello necesitará de mecanismos que permanentemente indiquen los logros alcanzados y las metas por alcanzar, de ahí que la evaluación del desempeño le permitirá reconocer en la labor del profesional las necesidades de adquirir, perfeccionar o expandir sus potencialidades.

Esta evaluación del desempeño, a la vez que correctora es **promotora de desarrollo**, potenciará el crecimiento del capital humano al propiciar el reconocimiento y corrección de los errores así como la adquisición de nuevas metas, constituyendo un medio para gestionar el conocimiento con el fin de añadir valor a los servicios, optimizando el proceso de creación de conocimientos y habilidades, mejora la toma de decisiones, la capacidad de asesoría y el poder actuar con mayor competencia. Si a esto se le refuerza el hecho que los saberes han sido muy valorados por la sociedad, mucho más ahora que se define la presencia de la sociedad del conocimiento,<sup>228</sup> resulta importante el realce que tendría «evaluar los saberes» como parte de la evaluación del desempeño médico.

Se hace necesario que los especialistas de Medicina General Integral encuentren en los procesos de gestión soluciones factibles que le incrementen su desempeño, al mismo tiempo que sepan reconocer la necesidad de involucrarse en esos procesos y de que su institución y comunidad forman parte activas junto a ellos de las **estrategias** que se generen en función del crecimiento. Estas estrategias no pueden quedar en la expectativa de lo espontáneo, deben tener resortes que las hagan emerger en la medida de que se detecten imperiosidades de su implementación, que pueden surgir por **interés personal, institucional o comunitario** en pro de los objetivos que se hayan planteado los mismos.

En Cuba, cada día se refuerza más la acción e influencia en el estado de salud de la población por medio de estrategias que muestran su potencialidad a través de una estructura ordenada y lógica, con la apertura cada vez mayor de una participación comunitaria, la instauración de programas de salud que responden a necesidades locales y la movilización de recursos sociales a través de la **intersectorialidad y proyectos comunitarios**.

---

<sup>228</sup> ibidem

Para que los programas de salud tengan soluciones que impacten, deben individualizar cada situación de salud, así como advertir la necesidad de planificación y regulación, de forma que contribuyan a mejorar la gestión del capital humano, de las condiciones estructurales y de las necesidades y participación social.

Estos programas de salud no fluyen de la forma adecuada si no se involucran con otros sectores de la población. Las intervenciones aisladas, aún en aquellas en las que se invierta mucha energía y recursos, corren el riesgo de detenerse si no se realizan con una perspectiva racional de futuro, donde se apliquen mecanismos de diálogo social con otros sectores.

Una de las formas más completas de interactuar con estos sectores es a través de **proyectos intersectoriales**. Los mismos, según Pastor Castell, son herramientas que posibilitan que a partir del trabajo conjunto de los diferentes actores vinculados con la salud, se establezcan objetivos y acciones que responsabilicen a cada sector con las de su competencia pero con el fin común de la salud, bienestar y calidad de vida de la sociedad, implicando la movilización de recursos con **responsabilidad compartida**.<sup>229</sup>

Los proyectos intersectoriales pueden ser el núcleo aglutinador de las interacciones de los sistemas de salud con otros sectores sociales, así como agrupar y orientar hacia direcciones específicas esfuerzos normalmente dispersos en las personas o instituciones, además de contribuir a resolver problemáticas no solubles por acciones aisladas. Ellos necesitan, para ser implantados, de un escenario propicio y de actores adecuados; requieren de "portadores de actitudes de cooperación, de valores, de tradiciones, representativos de su propia identidad y con capacidad suficiente para estimar la importancia de su rol, que les permite elegir las actividades libremente y que sean valoradas como instrumentos que propician al desarrollo, lo que constituye el **capital social**." <sup>230</sup>

Por su parte, estos proyectos integrados demandan también mecanismos valorativos que se retroalimenten de la necesidad de su permanencia o modificación. Según G. Sacristán y Pérez Gómez,<sup>231</sup> "evaluar un proyecto es aplicar una jerarquía de valores a una actividad humana donde los grupos de intereses rivalizan entre sí, tienen definiciones divergentes e interrupciones dispares de la misma situación y manifiestan diferentes y a veces contradictoria necesidad de información", por lo que la

---

<sup>229</sup> P. Castell: La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública, 2004

<sup>230</sup> B. Kliksberg: Capital social y cultura. Claves olvidadas del desarrollo, 2002

<sup>231</sup> G. Sacristán, G. Pérez: Gestión por Proyecto. Teoría y Práctica, 1989

integración y evaluación de los mismos, contribuye al desarrollo, mejora la calidad de los servicios prestados, refuerza el concepto de salud como resultado de hacer congruentes las acciones cooperadas y a la vez **fortalece el capital humano y potencia el capital social**.

La evaluación del desempeño puede convertirse en el eje conductor que incremente el capital humano toda vez que proporciona que los errores se corrijan y se adquieran renovadas posibilidades de acción, además de ser un vínculo importantísimo entre el especialista y el Grupo Básico de Trabajo, quien la utiliza como mecanismo de perfeccionamiento hacia nuevas metas.

Los proyectos intersectoriales servirán entonces para aglutinar esfuerzos, para coordinar acciones y para involucrar cada vez más a la comunidad en la solución de los problemas, a la vez que podrán ser utilizados como herramienta evaluativa del especialista, de la institución y de la propia comunidad.

La gestión de cualquier proceso, encaminado al logro de objetivos trascendentes, que impliquen la satisfacción de los sujetos y las organizaciones acerca de los resultados alcanzados, tiene la calidad como factor de definición de dichos logros. "La búsqueda de la excelencia nace de la necesidad de mejorar y establecer estructuras flexibles, de una actitud de cambio originada en el análisis de la situación actual de la organización y de la definición clara de ciertas metas. Saber qué queremos en el futuro, analizar nuestros puntos fuertes y débiles, evaluar objetivamente el cambio y estar conscientes de la imprescindible necesidad de mejorar, son el primer paso para lograr un **cambio**."<sup>232</sup>

Quiere decir que se debe comprender la calidad en su amplia acepción, expresión de la **pertinencia**, **optimización** y el **impacto**. La pertinencia se reconoce cuando los resultados alcanzados están en función de las necesidades y demandas sociales; la optimización, cuando se logra un resultado con la utilización de los recursos apropiados para ello; y el impacto, cuando se valoran los resultados a través de la satisfacción que se producen a las demandas sociales y por los aportes y transformaciones que se hacen al entorno<sup>233</sup>.

El diseño de estrategias que apuntan hacia el perfeccionamiento de procesos de evidente carácter formativo, debe tener en cuenta tales conceptos, por cuanto ellos concurren en la calidad como atributo principal de los resultados.

---

<sup>232</sup> G. Munich: Más allá de la excelencia y de la calidad total, 2001. P: 30

<sup>233</sup> H. Fuentes, A. Estrabao, T. Macía. La Universidad y su gestión; una mirada dialéctico – holística, 2003

En esto estriba la importancia de concederle a la estrategia que sustenta la evaluación del desempeño médico, las características que resaltan lo adecuado del proceso, es decir, su pertinencia, la eficiencia de los recursos que emplea y que la hace óptima y la efectividad de sus acciones que se muestran a través del impacto social de sus resultados.

### **1.6 Caracterización del estado actual del desempeño del especialista de Medicina General Integral en Cuba**

El especialista de Medicina General Integral ha demostrado desde los inicios de su aparición en el sistema sanitario nacional, la idoneidad de su trabajo por la calidad de sus resultados. En las últimas décadas, los indicadores de salud de la población cubana han mostrado una mejoría gradual y constante, hasta alcanzar que sus indicadores figuren entre los de mejor situación entre los países del Tercer Mundo e, incluso que sus resultados sean comparables con los de más alto nivel de desarrollo económico.

En Cuba, el programa de salud es parte esencial de la política social y ha contribuido a los logros en el desarrollo humano y la equidad.<sup>234</sup>

El espectro de atención que tiene el especialista de Medicina General Integral es amplio, complejo y diverso por su interrelación obligada con factores sociales, familiares, ambientales, económicos y comunitarios, los cambios de escenarios de trabajo, el enfrentamiento a constantes variaciones del cuadro básico de salud; la presencia de enfermedades que emergen o reemergen, que condicionan que las mismas refuercen sus características peculiares de comportamiento individualizado o cambien su historia natural por aspectos tan particulares como los estados nutricionales o tan generales como la globalización. Todo ello le confiere un papel relevante en la conducción del sistema de salud, por lo cual se le exige un cumplimiento en el más alto nivel posible para condicionar el incremento de la calidad en los servicios y, por supuesto, la mejoría de los indicadores de salud, lo que resalta aún más los logros del sistema sanitario nacional.

A pesar de esto, ya desde 1990, a solo un trienio de la primera graduación de especialistas de Medicina General Integral, en la Encuesta Nacional de Satisfacción se obtuvo que 70 % de la población estaba medianamente satisfecha con la atención recibida.<sup>235</sup> Años más tarde, estas consideraciones fueron

---

<sup>234</sup> F. Rojas: Situación y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba, 2003.

<sup>235</sup> MINSAP: Encuesta Nacional de Satisfacción, 1990.

retomadas por el Dr. Alemañy, quien expresó que "el resultado del proceso no alcanza totalmente con las expectativas trazadas, existiendo espacios en la calidad de la competencia y el desempeño de los especialistas de medicina familiar cubanos."<sup>236</sup>

Los niveles de satisfacción de la población hacia su médico comienzan desde el mismo instante en que el paciente se enfrenta a la necesidad de resolver algún problema de salud, por lo que la primera impresión desarrollada por una buena relación médico - paciente es primordial para que fluya un ambiente de cordialidad en lo adelante.

Durante los años 1989 y 1990 se realizó en Ciudad de La Habana una investigación dirigida a obtener la percepción sobre la imagen ideal y real de la relación médico paciente, donde incluía a especialistas de la atención primaria. La satisfacción con respecto a la relación médico - paciente estuvo más cerca de los especialistas de medicina familiar que de los médicos de atención hospitalaria, quizás motivado por el contacto más estrecho entre el médico y la población que existe en este nivel de asistencia, basada en intereses más comunes y mayor confianza. Las insatisfacciones estuvieron relacionadas por el poco interés por los aspectos socioafectivos del paciente, la falta de formalidad en el trato y la imagen de inseguridad del médico de familia, relacionado muchas veces con su déficit de información general.<sup>237</sup>

Las expectativas de la población atendida por el médico de familia se han ido incrementando con el paso de los años. La necesidad resuelta de protección individual y colectiva, el acercamiento de los servicios de salud y de la tecnología a la comunidad y la presencia de un actor de salud que convive en el área, han traído como consecuencia que el profesional sea visto como un miembro más de la comunidad, capaz de ofrecer salud con calidad probada.

La calidad de la atención médica está presente siempre que se cumplan los postulados emitidos por Donabedian al resaltar la representación armónica de estructura, proceso y resultados.<sup>238</sup> Los dos últimos están íntimamente relacionados con el desempeño del profesional.

En los procesos de atención médica con que tiene relación este especialista, juega un papel extremadamente importante el grado de integralidad con que el mismo enfoque los problemas de salud

---

<sup>236</sup> Alemañy P E J. El modelo del especialista en Medicina General Integral, 2002. P: 11

<sup>237</sup> R. Borroto R., T. Reinoso: Descriptive and comparative study of the populations perception and satisfaction with the doctor-patient relationship in Havana City, 1991

<sup>238</sup> A. Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación., 1984

de la comunidad, lo cual le confiere dominio y conocimiento de las situaciones inherentes al territorio. En una de las tareas de las investigaciones realizadas por encargo en el 2004 sobre el funcionamiento y adecuación de los programas de salud, se detectó la falta de atención integral en la comunidad, lo cual traía aparejadas una baja eficiencia y efectividad en el trabajo individual y colectivo,<sup>239</sup> arrastraba en esas insatisfacciones a todo el equipo de salud y provocaba la desmotivación de los profesionales que trabajaban en el mismo. Esos disgustos, además de no ser privativos de la acción del especialista y su equipo, denotan la carencia de una estructura de dirección sólida, incapaz de dirigirlos para que aporten soluciones lógicas a las situaciones de salud imperantes.

Estudios anteriores a este ya habían revelado las dificultades existentes en la estructura de dirección de las áreas de salud, que afectan la gestión de la calidad por el personal especializado.<sup>240</sup>

El especialista de Medicina General Integral tiene, como todo profesional, acciones en su desempeño que son irremplazables e incluso algunas de ellas específicas de la especialidad. Entre las acciones médicas que definen el desempeño de este especialista figuran las relacionadas con la atención directa al paciente, las preventivo – curativas y las destinadas a la dispensarización, así como el análisis de la situación de salud; todo conducido por el método clinicoepidemiológico

La escasez de funciones relacionadas con la promoción, rehabilitación y vigilancia epidemiológicas en comparación con las administrativas, que representaban un alto porcentaje del tiempo que empleaba el profesional en su horario de trabajo,<sup>241</sup> fueron encontradas también en la tarea que relacionaba la función del especialista con los Programas Nacionales de Salud. Esto influye en que no se logre modificar favorablemente el estilo de vida de la población ni que la misma vea al profesional como el individuo capaz de solucionar los problemas por medio de acciones salubristas de impacto, que es uno de los principales objetivos de trabajo del especialista, en tanto quedan atrás las preventivas inherentes a sus funciones.

Muchas veces el proceso se ve influenciado por la falta de sistematicidad y superficialidad en la atención a los pacientes. En varios estudios realizados en el país se han encontrado dificultades con la aplicación correcta de los pasos para desarrollar el método clínico, cuyo respeto constituye la garantía

---

<sup>239</sup> MINSAP: Situación actual de los Programas Nacionales de Salud, 2004.

<sup>240</sup> L. Díaz: Perfeccionamiento de la gestión de recursos humanos en Atención Primaria de Salud, 1998

<sup>241</sup> MINSAP: Situación actual de los Programas Nacionales de Salud, Investigación, 2004

de la calidad de la asistencia médica, al ser el método de la carrera.<sup>242</sup> En otros trabajos, la insatisfacción está más relacionada con la desactualización de los profesionales<sup>243</sup> en acciones tan comunes en la práctica médica como la prescripción médica, o con problemas organizativos como el aumento en el tiempo de espera, ambiente físico inadecuado o trato recibido en la atención, como se observó en el estudio realizado en dos áreas de salud en los municipios 10 de Octubre y Santos Suárez, en Ciudad de La Habana.<sup>244</sup>

Los resultados de la tarea de investigación realizada sobre la observación del desempeño profesional en Santiago de Cuba a especialistas de Medicina General Integral y grupos de trabajo en función de la calidad asistencial, detectó un limitado enfoque de salud familiar, pero dejó fuera un aspecto importante en las funciones inherentes a este profesional, al no integrar la situación de salud al núcleo central de la familia. El no cumplir con la dispensarización, no realizar un correcto examen físico en uno de cada cuatro pacientes que acuden a consulta, no establecer el diagnóstico en alrededor de 20 % de los pacientes y no prescribir tratamientos a la cuarta parte de las personas atendidas, son algunos ejemplos de los resultados encontrados en la Carpeta de Santiago de Cuba<sup>245</sup> en cuanto a desempeño de sus profesionales, lo cual denota pérdida de las funciones principales de este tipo de profesional.

También en Santiago de Cuba, entre los años 2000 y 2002 se realizaron dos investigaciones en el Policlínico "30 de Noviembre", referidas a la calidad de la atención ofertada al paciente hipertenso. Ambas concluyen que "existen grandes dificultades en la competencia de los profesionales de esa área de atención en relación a la hipertensión arterial y que dichas deficiencias repercuten en el desempeño profesional."<sup>246, 247</sup>

En el Informe de Balance del Sector de la Salud de la provincia de Santiago de Cuba en febrero del 2007, se puso en evidencia el inadecuado desempeño de los especialistas de Medicina General Integral, lo que motivó problemas de calidad de la atención brindada a la población. En las conclusiones de dicho conclave, el Viceministro de Asistencia Médica y Social expresó que "más importante que el

---

<sup>242</sup> J. Senado, P. Cabrera, P. Haro, R. Hatín, S. González: Análisis de la competencia y el desempeño de los profesionales en un policlínico de la Isla de la Juventud, 2005

<sup>243</sup> F. Sansó: Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción, 2002

<sup>244</sup> M. Chang, M. Alemán, M. Cañizares, M. Ibarra: Satisfacción de los pacientes con la atención médica, 1999

<sup>245</sup> MINSAP: Investigación Nacional de Calidad en la Atención Médica, 2004

<sup>246</sup> M. Vázquez: Calidad de la atención en el paciente hipertenso en médicos del Policlínico 30 de Noviembre, 2000

<sup>247</sup> L. Casaus: Calidad de la atención en el paciente hipertenso en médicos del Policlínico 30 de Noviembre, 2002

buen desempeño individual es el buen desempeño de las instituciones perfeccionando los procesos". De acuerdo con esto, en las proyecciones de trabajo del 2007 se expresa la necesidad de "lograr la formación de pre y posgrado del capital humano con una sólida preparación científico técnica y humanística"<sup>248</sup>

En una intervención del comentarista Ariel Terrero sobre la calidad de los servicios médicos en la atención primaria de salud, resalta que el personal no está organizado, que aunque han mejorado la preparación médica y el equipamiento tecnológico en hospitales y policlínicos, aún persisten insuficiencias tales como la higiene de los consultorios, la inestabilidad de los servicios médicos y la demora en su prestación, lo que denota falta de organización e insatisfacción por la calidad de los servicios recibidos.<sup>249</sup>

Años antes, la alta dirección de salud del territorio consideró necesario conocer años atrás el estado de opinión con respecto a la calidad del desempeño de los egresados del alto centro de estudios, tanto en el pregrado como en posgrado, y halló insatisfacciones en educadores y empleadores,<sup>250</sup> reveladoras de la necesidad de correlacionar fuerzas que condujeran a la corrección de las dificultades que allí se evidenciaron.

En el 2001, en el Balance del Ministerio de Salud Pública se señaló como uno de los seis pilares básicos para la consecución del trabajo docente asistencial del período siguiente, el de "Elevación de la calidad de los servicios y del desempeño de los colectivos de trabajo",<sup>251</sup> como una señal de la existencia de dificultades que debían ser corregidas

Años más tarde se convocó por parte del Ministerio de Salud Pública a una consolidación de los procesos de perfeccionamiento de los trabajadores de la Atención Primaria de Salud, con vista a organizar los procesos capacitantes en función de las necesidades territoriales de Santiago de Cuba; sin embargo, solamente 2,5 % de las actividades con este fin se dedican al desempeño profesional,<sup>252</sup> lo cual destaca que la necesidad de incrementar las habilidades de los profesionales no es todavía una acción detectada en el territorio ni una dificultad imperante que amerite ser corregida.

---

<sup>248</sup> MINSAP: Balance del Sector de la salud de la Provincia Santiago de Cuba, 2007

<sup>249</sup> A. Terrero: Comentario en: Revista de la Mañana. 2008

<sup>250</sup> MINSAP: Reunión Provincial de Especialidades Médicas, 2001

<sup>251</sup> MINSAP: Balance del Sector de la salud, 2001

<sup>252</sup> Vicerrectoría de posgrado del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba: Registro de inscripción de cursos y entrenamientos de posgrado, 2005



Independientemente de estas insatisfacciones, la población no ha dejado de tener en cuenta la importancia que tiene contar con un profesional de visión amplia, que le ayude a definir los problemas de salud individual y familiar y que al mismo tiempo conviva en la comunidad donde labora, pues así le resultan mucho más comprensibles las limitaciones y deficiencias de salud comunitarias del territorio donde vive y trabaja.

## CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO 1

1. El accionar del especialista de Medicina General Integral, conducido por la utilización adecuada del método clinicoepidemiológico, propició un cambio en el paradigma de actuación de la comunidad médica, lo cual incrementó el papel social de la medicina cubana. Este desempeño ha condicionado su evolución por la influencia recibida de factores económicos, medioambientales y de escenario de trabajo, y se ha caracterizado por resultar dinámico y tener la flexibilidad suficiente para poderse adaptar favorablemente a los cambios que se producen; sin embargo, los procesos de evaluación que lo debieron acompañar, se han distinguido por ser pasivos y poco flexibles, representados la mayoría de las veces por supervisiones de indicadores y por la existencia de espacios solamente cubiertos con la simple intención de aplicar los procesos evaluativos, lo cual ha denotado falta de sistematicidad y escasa confianza en los resultados que deben esperarse luego de su aplicación.
2. La evaluación se identifica como un proceso dinamizador de cualidades esenciales de los individuos, que conducen a una relación exponencial entre formación y desarrollo, tanto individual, institucional como social, de manera que propicia la adquisición y perfeccionamiento de competencias profesionales por medio de la observación y el análisis de la ejecución del desempeño. En esta investigación se resignifican las mismas formas de evaluación en el desempeño que las descritas en la evaluación general de carácter educativo, pero se hace especial énfasis en la importancia conferida a la autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación por el alto contenido formativo y el componente social como valor asociado.
3. El especialista de Medicina General Integral, consciente de su papel social y apropiado del significado que tiene para él y su colectivo alcanzar sus metas individuales, debe constituirse en un individuo dispuesto a la autorrealización en armonía con el Grupo Básico de Trabajo y la comunidad. Es además autogestor de su propio perfeccionamiento y desempeño profesionales por las acciones estimuladoras y la interacción con otros colegas y actores de los procesos de salud comunitaria; por tanto, la evaluación del desempeño deviene un proceso motivador y movilizador del crecimiento personal de este universitario y contribuye al incremento del capital humano, institucional y social.

4. La gestión de procesos de salud social reconoce al Grupo Básico de Trabajo como unidad que sintetiza lo individual y lo social, pero en correspondencia con ello tiene que armonizar las acciones de planificación, ejecución, control, evaluación, perfeccionamiento y valoración de impacto en relación con los programas de salud, adecuados al entorno específico del área de salud. Desde el punto de vista de la gestión del capital intelectual, la evaluación del desempeño es un proceso que cataliza los mecanismos necesarios para impulsar y lograr el desarrollo a través de la autogestión como proceso reflexivo, crítico y valorativo del desempeño de sus actores.
5. La calidad de los servicios de salud es el resultado de un proceso de gestión reforzado por la evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral, en consonancia con las exigencias de los programas de salud contextualizados a las características de la localidad y donde deben intervenir en su implementación aspectos que reflejen lo pertinente y óptimo, además de su impacto en la satisfacción de las demandas sociales. Se acentúa la necesidad de involucrar cada día más a la comunidad con sus sectores en los procesos de salud comunitaria, a fin de que protagonice la ejecución de los proyectos intersectoriales comunitarios, lo cual coadyuvará a mejorar la calidad del servicio prestado al acercar la solución de los problemas a la población de donde han surgido. De esa forma las necesidades y posibilidades de desarrollo que se detecten en estos especialistas de Medicina General Integral, contribuirán al éxito de las acciones de salud social en donde ellos intervengan.

## CAPÍTULO 2

# MODELO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

## CAPÍTULO 2.- MODELO DE GESTIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL ESPECIALISTA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL

### 2.1. Fundamentos teóricos del Modelo de gestión para la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral

Como se evidenció en el capítulo precedente, la evaluación del desempeño puede intuirse como un proceso que induce al desarrollo del especialista de Medicina General Integral, a la institución de salud y a la comunidad, con lo cual propicia que emerjan en cada uno de ellos cualidades que sean expresión de un avance continuo y ascendente y que contribuyan, por supuesto, a mejorar la calidad de los servicios prestados, de forma que es necesario concebir un modelo teórico para revelar los rasgos esenciales del proceso de gestión de la evaluación del desempeño en los referidos especialistas, que por medio de la autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación acentúan mucho más el papel formativo e integrador de la evaluación del desempeño, que además de conducir al crecimiento personal, articula de forma armónica la cohesión existente entre el individuo, la institución y la comunidad. Consigue también de esta manera explicar las categorías y relaciones que identifican al profesional para transformarlo en uno más competente y que logra concebir que su cambio influya positivamente en la institución donde labora, para que los servicios que brinda tengan mayor calidad y se desarrolle la comunidad adonde van dirigidas las acciones de salud.

Por ello se impone idear un modelo de gestión que al identificar las necesidades y posibilidades inductoras de cambio del desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral, propicie que sea más capaz y lo conduzca por la estimulación desarrolladora al mejoramiento de los procesos de salud social, donde la evaluación del desempeño emerja como un proceso que potencializa las acciones promotoras del desarrollo, tanto de los propios especialistas como de la institución y la comunidad donde trabaja.

Después de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica, puede resumirse que los fundamentos teóricos principales que sustentaron la construcción del Capítulo 1 fueron:

1. Teoría Holístico Configuracional
2. Enfoque Histórico Cultural
3. Teoría del Capital Humano de Becker

#### 4. Teoría de Formación y desarrollo

#### 5. Teoría sobre la administración de recursos humanos de Chiavenato y Mc Donald

La primera permite recrear la fundamentación teórica en los aspectos más esenciales de los procesos de gestión universitaria. Se dirige la mirada hacia las acciones formativas de la evaluación del desempeño con las mismas dimensiones reflejadas en la evaluación del aprendizaje. De igual manera se destaca la importancia que adquieren los indicadores de calidad en este proceso de gestión; categorías que marcan espacios trascendentes en la evaluación del desempeño. De esta teoría también se asume la concepción del modelo al aplicar configuraciones y dimensiones de acuerdo con su propuesta metodológica.

El enfoque histórico-cultural evidencia fenómenos como la autogestión para iniciar un proceso evaluativo incentivado por la mirada interior hacia su autoestima y la identificación de los resultados laborales, lo que a su vez impulsa y dinamiza el desarrollo individual, institucional y comunitario, pero también aprovecha la actividad grupal como promotora para el crecimiento y tiene las teorías de Vygotsky entre sus principales exponentes.

La teoría del Capital Humano, tomada de Becker, resalta la importancia que reviste la formación del individuo como expresión de su propio crecimiento, en cuyo contexto es concebida como una inversión donde los frutos redundarán en el impacto que ejercerá sobre la calidad de la productividad o los servicios brindados desde el punto de vista profesional.

La formación y el desarrollo por medio de la educación se destacan en autores como Juan Ignacio Pozo, con los fundamentos que refuerzan la importancia de las acciones formativas y dan la posibilidad de utilizar sus análisis para que acciones como la adquisición de competencias, puedan ser utilizadas como recurso propicio de crecimiento y desarrollo intelectual, laboral y personal. Se asumen además los criterios de los doctores Salas, Moreno, Calvo y otros investigadores de la Escuela Nacional de Salud Pública, con los criterios que emiten sobre la evaluación del desempeño en el país y la connotación que adquieren las acciones de salud individuales y colectivas en función de actividades de desarrollo docente en el puesto de trabajo.

Los procesos de gestión, en correspondencia con la relevancia que adquieren en los formativos, fueron también puestos en evidencia por autores como Chiavenato y Mc Donald. El primero con su teoría

sobre la administración de recursos humanos y el segundo con la vinculación estrecha que establece entre la evaluación del desempeño y la adquisición de competencias profesionales.

A partir del análisis de estos fundamentos, se evidencia que un desempeño profesional asociado al perfeccionamiento de los servicios de salud, con la apropiación consciente por parte de los especialistas de Medicina General Integral de sus logros y limitaciones en el ejercicio de su labor profesional, pone de relieve las necesidades y posibilidades de incrementar su actuación médica, según las condiciones que lo caracterizan e induce a dicho profesional al desarrollo. Su accionar directo con la comunidad permitirá alcanzar los niveles de salud deseados y cumplir con la trascendencia social de los programas de salud comunitaria, propiciando que se generen renovadas demandas para modificar el desempeño.

Lo anterior permite reconocer una contradicción en la relación que se establece entre **la identificación de necesidades y posibilidades del desempeño médico y los mecanismos de estimulación desarrolladora de acciones promotoras de salud social**, de donde emerge así **la evaluación del desempeño** como síntesis de ambas.

Los aspectos que permiten la identificación de necesidades y posibilidades del desempeño médico, se asocian a procesos de reconocimiento y caracterización de los estados iniciales que presentan los especialistas, sus grupos básicos de trabajo y las comunidades en las que se insertan, confiriéndoles a dichos procesos las cualidades de objetividad y concreción en el análisis de la realidad.

Los mecanismos de estimulación desarrolladora de acciones promotoras de salud social, expresan las cualidades del proceso en términos de metas y aspiraciones que le asignan al mismo su proyección abarcadora y transformadora. Aquí radica el carácter de contrarios de las configuraciones que definen la contradicción.

Al mismo tiempo, ambas configuraciones se complementan, ya que no es posible avanzar en el proceso de transformación del objeto de estudio, si no es a partir del examen acucioso de la realidad y la definición de las posibilidades de cambio.

## **2.2 Modelo de gestión para la evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral**

El especialista de Medicina General Integral, motivado por el reconocimiento que realiza de la necesidad de incrementar su desempeño profesional, es capaz de ver con beneplácito su propia evaluación y condicionar su desarrollo individual a la motivación que este le proporciona, con lo cual se

relaciona mejor con la institución donde labora y la comunidad hacia donde va dirigida su acción, al poder brindar un mejor servicio.

Este especialista tiene una elevada capacidad asistencial para **identificar los problemas de salud** de su área de actuación y su alcance trasciende a las entidades biológicas, sociales y medioambientales, lo que realza el carácter social de la medicina.

La autonomía que se potencia en el especialista al conocer y poder actuar con independencia y responsabilidad plena en los procesos complejos de salud - enfermedad que surgen en su población, está presente en el proceso, lo cual le permite percatarse de que está capacitado para autoevaluarse, a la vez que interioriza que ello le conducirá a un mejor estadio de la escala profesional y a **movilizarlo al crecimiento personal**. De la misma forma, será capaz de discernir en qué estado se encuentra para solucionar o no los principales problemas de salud que tiene bajo su responsabilidad, medir el alcance de sus objetivos, cuestionar y renovar sus metas, valorar su propio esfuerzo e implicarse más en el proceso.

El hecho de que el especialista de Medicina General Integral reconozca y acepte **la autoevaluación** del desempeño como una evaluación desarrolladora y como vía para incrementar su crecimiento personal, da cuentas de que está apto para identificar sus posibilidades de desarrollo, a la par que pone de manifiesto su capacidad reflexiva y su inteligencia emocional (Fig.2.1).



Fig. 2.1 La autoevaluación como síntesis del desarrollo individual a partir de acciones asistenciales

Fue así que en una primera mirada a la evaluación del desempeño, este se vislumbró como un proceso que estimula al especialista para que realice las acciones que le correspondan y, al mismo tiempo, induzca a su propio desarrollo. En términos de la gestión de dicho proceso, esta cualidad, asociada a la ejecución adecuada de las acciones médicas y la potenciación del mejoramiento, implican la **pertinencia** de ese proceso. (Fig.2.2)



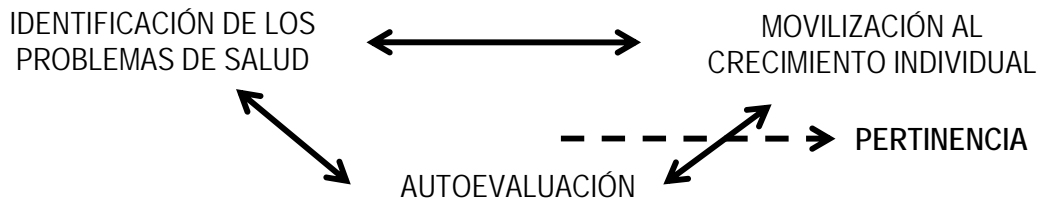


Fig. 2.2 La pertinencia como cualidad de la gestión del proceso

Siendo consecuente con el papel social que desempeña, el especialista se constituye en una expresión de reconocimiento individual de sus valores y potencialidades reales, por lo que en una actitud transformadora, pone en práctica sus mecanismos de regulación, los cuales le proporcionan la posibilidad de realizar una **reflexión autovalorativa** sobre la realidad asistencial que le circunda y del proceso de evaluación con que se está involucrando, para que de esta manera estime la posibilidad real de volver sobre sus propios pasos, no repita conductas innecesarias, se logre apropiarse consecuentemente de los recursos materiales e intelectuales propicios para que la toma de decisiones sea coherente y dé el salto hacia niveles superiores en relación con lo alcanzado.

Estos análisis conducen además al especialista a interiorizar que las situaciones de salud que le rodean, no son estáticas y están sometidas a constantes movimientos que modifican los indicadores de salud del territorio, los cuales apoyados por las condicionales sociales y medioambientales que acompañan a todos los procesos de salud - enfermedad, constituirán la guía para que el profesional se apropie de las herramientas necesarias y mejore su desempeño e influya favorablemente en las situaciones de salud de su entorno laboral (Fig.2.3).

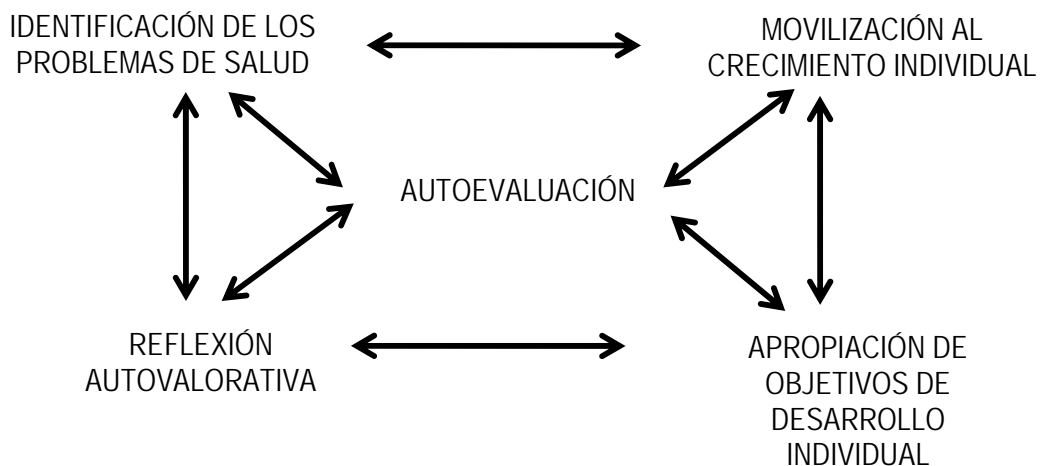


Fig. 2.3 La autoevaluación como expresión de procesos de control de los recursos individuales y del entorno

Es en este análisis reflexivo y por medio de la comprensión y el mejor manejo del ámbito donde labora, es que se produce la **apropiación de los objetivos de desarrollo individual**, adaptados a sus verdaderas necesidades de crecimiento y a su utilización como un recurso que le ayuda a usar el escenario laboral para la construcción y consolidación de sus conocimientos, habilidades y valores, con la suficiente flexibilidad para adaptarse a los cambios de los problemas que ocurran en el entorno y la influencia necesaria para modificar satisfactoriamente su desempeño profesional.

El hecho de apropiarse y enriquecer los objetivos de desarrollo individual, promueve acciones de salud social, estimula el crecimiento de sus participantes y ubica en primer plano las necesidades de solución de los problemas que se suscitan en el escenario de trabajo y que fueron identificados como prioridades o potencialidades del desarrollo, los que sirven no solamente para el crecimiento individual, sino también para nutrir científicamente al colectivo de trabajo en ese laboratorio de aprendizaje insustituible que es la labor asistencial. Se acentúa de ese modo cuán importante es el grado de comprometimiento que tiene el profesional en la realización y cumplimiento de los citados objetivos, como el de asumir una mayor responsabilidad para mejorarlo.

Es de esta manera, partiendo de una estrecha relación entre mecanismos de control y formación compartida con el contexto, que emerge la autoevaluación como resultado del uso adecuado de los recursos individuales y las oportunidades formativas que se aprovechan en consecuencia, lo que le confiere a la gestión del proceso su desarrollo **óptimo** (Fig.2.4).

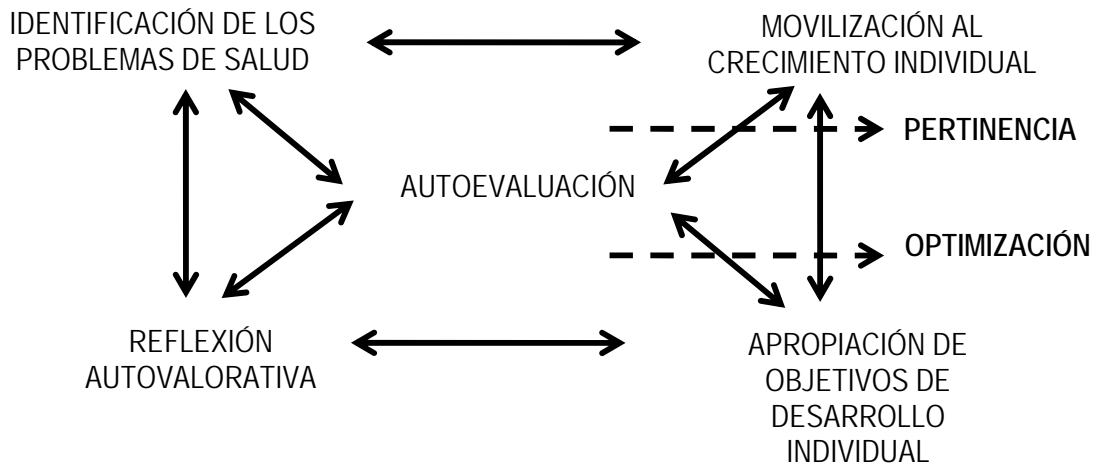


Fig. 2.4. La optimización como calidad de la gestión del proceso

Se evidencia entonces cómo la autoevaluación, situada en el centro del proceso, es síntesis por un lado de la identificación que hace el especialista en Medicina General Integral de los problemas de salud en el área donde labora y, por otro, del interés que muestra por su crecimiento personal, lo cual le moviliza a desarrollar las acciones necesarias para su superación; todo a partir de los procesos autorreflexivos que realiza, potenciados por el comprometimiento con su propio desarrollo.

Por tales razones el especialista, al ser capaz de revertir las debilidades de su desempeño que fueron autoidentificadas, se apropia de los cambios que se producen en sus planes de desarrollo individual en función de su propio desarrollo, promueve acciones concretas, factibles de lograr en plazos determinados, que renueven comportamientos, actitudes y prácticas en aras de mejorar aspectos susceptibles de ser mejorados. Siendo así, se potenciará aún más la movilización hacia el crecimiento individual y aprovechará al máximo la función formativa que le proporciona la evaluación del desempeño.

Esta movilización al crecimiento es viable de lograrse al existir una relación bidireccional entre las necesidades reales de desarrollo personal emanadas de la reflexión autovalorativa que hace el profesional de sus potencialidades y posibilidades, y la aceptación y adecuación del proceso como complemento de su propia preparación, donde utiliza las fuentes de superación como un medio de transformación individual y colectiva.

Se garantiza entonces la continuidad de la evaluación del desempeño, la cual posee una alta iniciativa que promueve al cambio, que le conduce a avizorar nuevos y renovados horizontes. Esas acciones concretas se traducen en rasgos de competencias mejoradas en el contexto donde el profesional labora, de forma que modificará el desempeño profesional. Emerge así la **dimensión proactiva** del proceso que identifica a la autoevaluación del desempeño, al tiempo que incluye entre sus características el ser autogestionada como resultado de sus propias decisiones, promotoras del cambio, que visualiza con antelación y le lleva a asumir nuevas y renovadas metas. Poseer una elevada iniciativa, le refuerza su cualidad más generalizadora: la predicción.

Desde el punto de vista de la gestión del mismo, la cualidad de **impacto** (requerimiento para desarrollar la calidad) se expresa al exhibir a un sujeto pleno, con aceptación al cambio y que visualiza la necesidad de transformarse en un profesional con mejores aptitudes de trabajo individual y colectivo, con la flexibilidad suficiente para detectar sus deficiencias, aceptarlas y negociar su propio programa de superación, de manera que deviene un indicador de independencia personal y responsabilidad, lo cual aumenta su calidad individual al tornarse más competente (Fig.2.5).

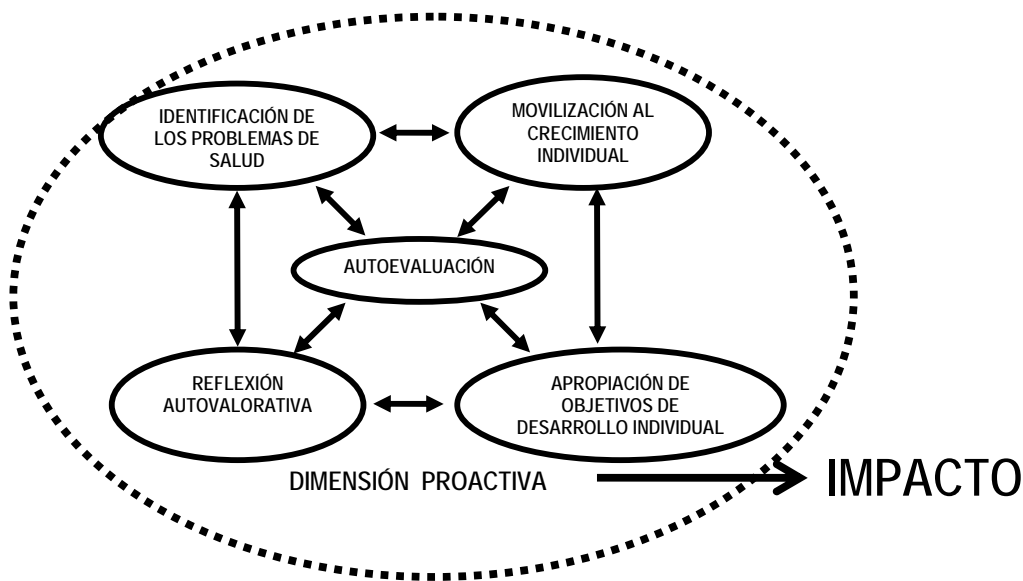


Fig. 2.5. El incremento del capital humano por la acción formativa de la autoevaluación del desempeño

Este crecimiento individual muestra a un individuo mejorado, expresión del **capital humano**, que lo convierte en eje indispensable para el desarrollo de cualquier proyecto de mejora, por su carácter

innovador, por las posibilidades de asimilación de tecnologías, por las habilidades para aprovechar del escenario donde labora, las fuentes necesarias para su propia formación, y por la disposición de acometer actividades asistenciales, docentes e investigativas más emprendedoras y transformadoras de la realidad circundante.

Este especialista más competente, manifestación del capital humano y proclive a continuar su desarrollo, no se queda al margen de lo alcanzado, pues hace uso de la proactividad que adquiere, moviliza y arrastra consigo a sus compañeros de trabajo y se relaciona, incorpora y compromete más con la problemática sanitaria de su radio de acción, la cual responde institucionalmente al área de salud y cuyo eslabón de enlace es el Grupo Básico de Trabajo.

Este último, al hacer uso de su función gerencial dentro del equipo, fusionará y compaginará la identificación de las situaciones de salud realizadas individualmente por los especialistas de Medicina General Integral. Se conforma de tal modo el **diagnóstico de la situación de salud atencional** como resultado de un proceso de valoración y síntesis, donde confluirán los factores de riesgo, las disímiles entidades, las diferentes conductas a seguir y las estrategias de rehabilitación, así como se pondrá en evidencia una vez más la intención de dirigir las acciones de salud hacia el hombre sano para evitar que enferme, hacia el hombre enfermo para recuperarlo o rehabilitarlo física, psíquica y socialmente, y hacia el medio para adaptarlo o transformarlo, enfatizando el enfoque social de la medicina contemporánea.

En la medida que la identificación de los problemas de salud que realiza el especialista de Medicina General Integral se asemeje más al diagnóstico de la situación de salud atencional que conforma el Grupo Básico de Trabajo, la institución estará más cerca de percibir los cambios que ocurren en la resolutivez de las acciones que en la misma se ejecutan, lo cual promoverá una **movilización hacia el desarrollo de la institución de salud** al incorporar nuevas formas, medios y métodos de trabajo que producen satisfacción en la población por los servicios recibidos. Surge así la **heteroevaluación** del desempeño, con un enfoque participativo y que propicia aumentar el acercamiento entre el especialista y el mencionado Grupo que representa a la institución donde todos trabajan, lo que incentiva la comunicación colectiva, facilita la toma de decisiones e incrementa la experiencia cooperada.

De esta forma la acción conjunta, con enfoques de grupo que es propiciada por la heteroevaluación, moviliza el desarrollo institucional al favorecer intercambios de experiencias, colaboración entre los integrantes del colectivo, participación de todos los componentes del grupo en función de incrementar el

bienestar de los que reciben y de los que ofertan los servicios, a la vez que orienta mejor al personal, se corrigen oportunamente las desviaciones de los problemas sanitarios que se suceden, se consiguen mejores resultados y se apoyan las tomas de decisiones compartidas, al mismo tiempo que se reconocen los resultados del trabajo (Fig.2.6).

La contribución de esta labor grupal moviliza al desarrollo de la institución mediante la posibilidad brindada de integrar la acción conjunta y coordinada entre todos, lo que conduce a la distribución de tareas comunes, permite conocer mejor al personal subordinado y percatarse de que el desarrollo de los mismos es ilimitado. Sirve además para planificar la tarea colectiva, intercambiar criterios que contribuyan a modificar el estado de salud de la población y proporcionar que sus resultados redunden en aumentar la calidad y la satisfacción por el servicio. Se fortalece así el movimiento hacia el desarrollo profesional, lo cual ofrece oportunidades de crecimiento y participación efectiva a todos los integrantes de la institución, amparados en las acciones programadas por el Grupo Básico de Trabajo.



Fig. 2.6 La heteroevaluación como síntesis del desarrollo institucional a partir de acciones asistenciales

El Grupo Básico de Trabajo, colectivo destinado por la institución para que en acción cooperada se convierta en el evaluador gerencial más inmediato, se constituye en momentos determinados de la evaluación del desempeño, en el responsable de asumir el papel de decisor y conductor del proceso de evaluación del desempeño.

Se define de esa forma la heteroevaluación del desempeño como un proceso que incita a realizar acciones que estimulan al desarrollo de la institución. Es una cualidad que analizada dentro de la gestión de la evaluación del desempeño, está asociada a la ejecución de acciones médicas integradas y al desenvolvimiento institucional, lo cual implica la **pertinencia** del proceso (Fig.2.7).

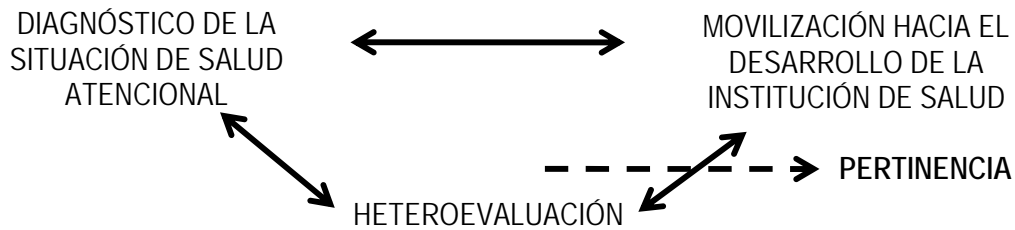


Fig. 2.7 La pertinencia como cualidad del proceso de gestión en la heteroevaluación del desempeño

De todas maneras, el Grupo Básico de Trabajo debe tener garantizada la información, la cual ha de estar impregnada del dinamismo con que cambian los problemas de salud. Para esto necesita de una **interacción regulativa**, que como mecanismo de control que es, a la vez que informa, facilita la posibilidad de realizar acciones de modo edificante para ayudar a reducir el espacio que se genera entre lo prevenible y lo emergente, entre lo alcanzado y lo propuesto.

Esta interacción regulativa sitúa al Grupo Básico de Trabajo en una posición más abierta en relación con el contexto donde se desarrolla, en el espacio para poder tomar posturas de acción encaminadas a ordenar mejor el proceso en un momento determinado, lo que permite por medio de la heteroevaluación, tener una mirada más amplia y una interacción más armónica con los **programas nacionales de salud comunitaria**. Se considera así al proceso evaluativo como una fuente fehaciente de información por la fidelidad y oportunidad de los datos que aporta, lo cual posibilita adaptar los citados programas nacionales a las necesidades locales y evaluar nuevas situaciones de salud, que asumirán las características del lugar donde se implanten. La dirección de este Grupo es responsable de detectar esas modificaciones y conducir su adaptación al entorno y a los planes de desarrollo institucionales, que repercutirán en los objetivos de desarrollo individual trazados y harán posible aglutinar el Grupo Básico de Trabajo y la acción de equipo necesaria en todo el proceso, promotores del desarrollo del profesional y de la institución (Fig.2.8).

Este grupo de trabajo tiene necesidad de laborar con apertura y flexibilidad ante los cambios que se suceden en el entorno, así como de permitir que la organización de sus acciones sea cada vez más colegiada entre todos, lo cual fortalecerá el trabajo en equipo y el desarrollo de una actividad comprometida con el modelo de salud imperante. Esto influirá en la calidad de los resultados a alcanzar y potenciará el desarrollo individual e institucional, cuando se logra que se dinamicen entre sí y

contribuyan a la transformación del grupo, el que además de ser progresivamente más participativo, sabrá utilizar mejor los mecanismos de control para reorientar sus acciones futuras.

La heteroevaluación del desempeño deviene así en una herramienta de renombrada trascendencia, que se dirige a elevar los estándares de rendimiento de todo el colectivo al favorecer las acciones que promuevan el desarrollo, a partir del reconocimiento de las necesidades y potencialidades del colectivo en pro de una postura de control y ejecución de tareas que incrementen las acciones de salud social.

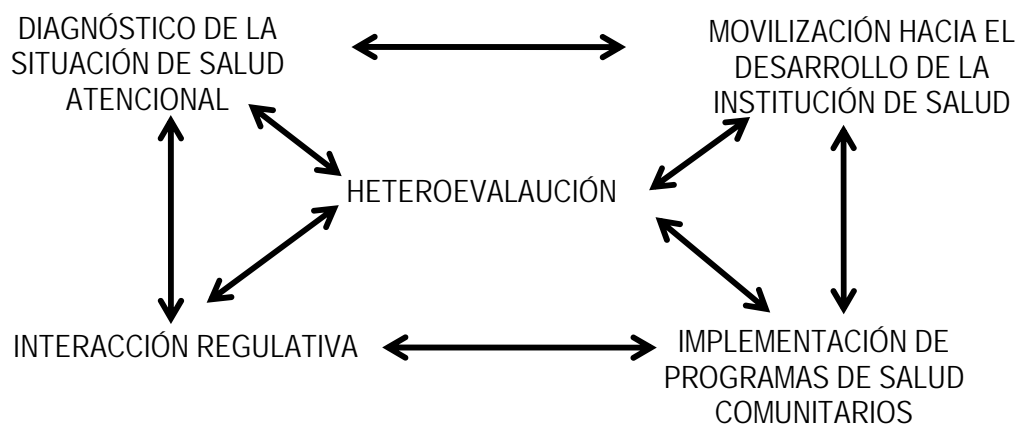


Fig. 2.8 La heteroevaluación como expresión de procesos de control de los recursos institucionales y del entorno

Los mecanismos de control referidos van a regular en su momento el desarrollo y la adecuación de los programas nacionales al lugar donde se labora, sin afectar su esencia y acentuando las características de integralidad que poseen al ser adaptados al medio, para que de esta forma los recursos que se invierten en su ejecución, sean aprovechados de la mejor manera, lo cual le proporciona a la gestión del proceso su desarrollo **óptimo**. (Fig.2.9).

La heteroevaluación emerge entonces del centro de este proceso como síntesis de las actividades asistenciales de todo el grupo básico, al integrar de forma lógica las situaciones de salud que se han ido identificando individualmente y conformar el diagnóstico atencional completo de estas; mecanismo que hará que se acreciente el interés por el desarrollo de la institución al propiciar que se ejecuten las acciones adecuadas para la superación del grupo en su totalidad, reguladas por los controles indispensables para contextualizar los programas nacionales de salud al territorio.



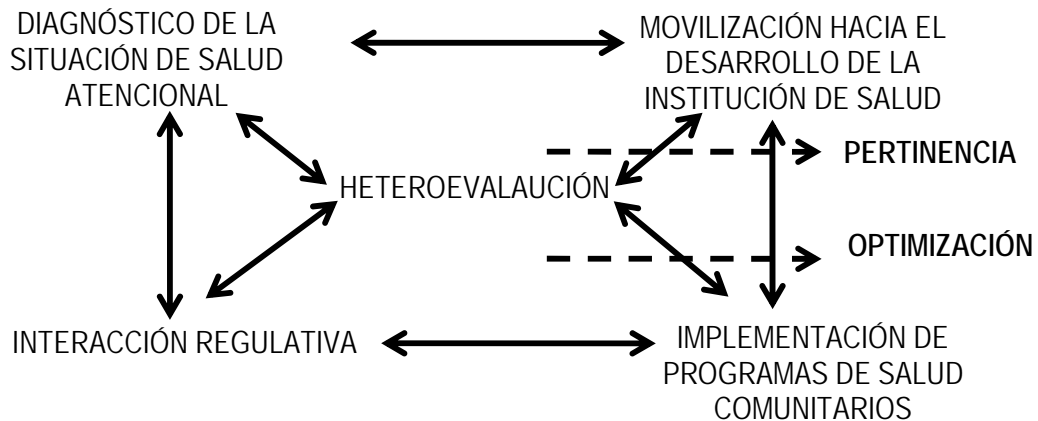


Fig. 2.9. La optimización como cualidad de la gestión del proceso

De esta manera, la institución puede utilizar las necesidades de superación individual y colectiva que ha identificado a través de la heteroevaluación para desarrollar planes de superación que modifiquen los modos de actuación en función de las imperiosidades que resulten de los programas nacionales, insertando a la institución en planos superiores a los existentes previamente y potenciando el crecimiento del colectivo laboral. Este desarrollo se hará efectivo a medida que los planes que se implanten, logren eliminar las dificultades encontradas mediante actitudes creadoras y cooperativas entre todos los integrantes del Grupo Básico de Trabajo, que deberán ejecutarse en plazos factibles de cumplir para de esta forma mejorar el rendimiento y la imagen institucional.

El **impacto** alcanzado por los resultados de la heteroevaluación, requerimiento necesario para desarrollar la calidad desde el punto de vista de la gestión (Fig.2.10), promueve la aparición del **capital institucional**, con nuevas perspectivas, un desarrollo mayor y un propósito más definido y concreto, respaldado por un colectivo profesional más competente.

Emerge aquí la **dimensión propositiva** como cualidad que sintetiza a la heteroevaluación e incluye entre sus prioridades la de alcanzar los objetivos trazados, con capacidad para planear nuevas acciones, concebir y guiar ideas y conductas, gestionar procesos que conduzcan a mejorar la atención que se presta y la satisfacción por lo que se recibe, establecer parámetros para medir y evaluar indicaciones, jerarquizar funciones y acciones dirigidas a un fin y guiadas por la intención de conseguirlo, a la vez de priorizar el cumplimiento de una meta, buscando la mejor alternativa de adaptación y conducción consecuente hacia el objetivo propuesto. La cualidad más generalizadora de la

dimensión propositiva se concreta en fungir como reguladora, ya que está más condicionada a las acciones de la actividad gerencial.

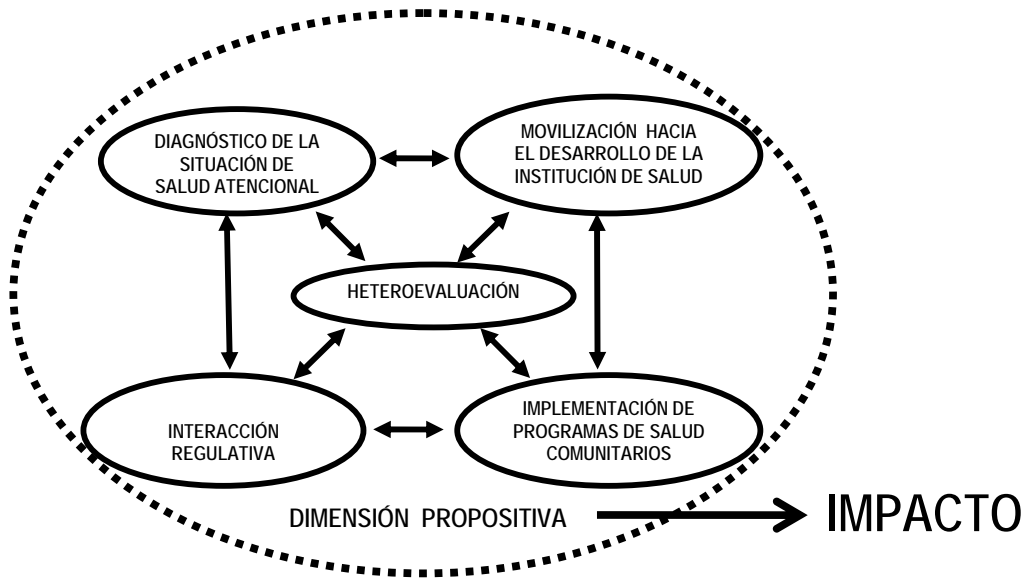


Fig. 2.10. El incremento del capital institucional por la acción formativa de la heteroevaluación del desempeño

Por eso el capital humano y el institucional, haciendo uso de la propositividad, se relacionan e incorporan las condiciones necesarias para modificarse en favor de las variantes que ocurren en el patrón sanitario, el cual tiene que confrontarse con la comunidad para en conjunto y con sentido de pertenencia y responsabilidad, gestionar y corregir las modificaciones oportunas, utilizar racionalmente todos los recursos disponibles, pero siempre dispuestos a redefinir la meta a la cual se quiere llegar, porque las demandas poblacionales son cada vez más crecientes y condicionadas a los cambios en las tendencias y expectativas de salud social y porque los objetivos a alcanzar tienen que ser cada vez más abarcadores.

Pero es en la comunidad donde se concretan la identificación y el diagnóstico de la situación de salud y donde surgen los principios promocionales que definen el diagnóstico de salud educacional, el cual

solo se concibe con la ejecución de los especialistas, la conducción del Grupo Básico de Trabajo y la participación activa de la comunidad.

Esto último brinda a la población del área la oportunidad de expresar su papel protagónico en la conservación de la salud de su territorio, al realizar junto a su especialista e institución acciones asistenciales, en función de su propio entorno; proporcionar además los líderes comunitarios formales, que participan activamente en la realización de actividades promocionales e investigativas que redundarán en la calidad del diagnóstico de salud elaborado, el cual, con la intervención incuestionable de sus componentes esenciales (promoción, prevención y recuperación de salud), cooperará para que la función educadora cumpla con su objetivo social y movilice a los miembros de la comunidad hacia una **atención integral de salud**.

Las acciones educativas en la atención primaria constituyen uno de los factores que contribuyen a mejorar de forma creciente la salud de la población. El hecho de que en ellas participe la propia comunidad, eleva el rol de sus integrantes al resolver los problemas sanitarios a través del diagnóstico de salud educacional.

Así es cómo surge la **coevaluación** para que la comunidad, asumiendo su papel de beneficiario de las acciones institucionales e individuales del especialista de Medicina General Integral, intervenga en la evaluación del desempeño de este profesional como un miembro más de la comunidad, donde no solo trabaja sino que también convive, se aprovecha de los beneficios comunitarios y padece las mismas necesidades o carencias (Fig.2.11).

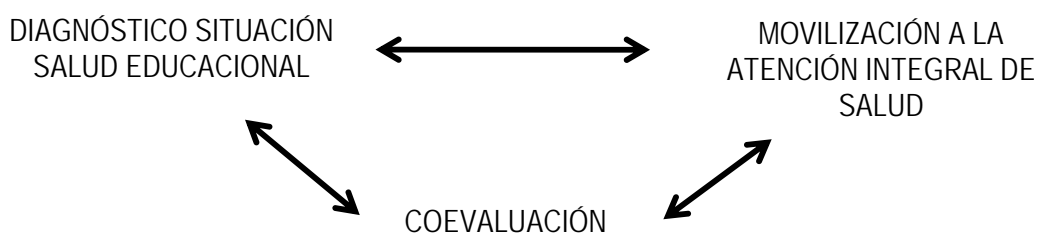


Fig. 2.11 La coevaluación como síntesis del desarrollo comunitario a partir de acciones de educación para la salud.

Se refuerza el papel tan importante que asume la comunidad como gestora de su propio beneficio, que supera la visión de espacio geográfico para convertirse en un lugar de acción y participación cooperada, donde se resuelven la mayoría de los problemas de salud que la afectan; y lo que es muy trascendente

además, que esta adquiera habilidades para negociar sus asuntos sanitarios al participar activamente en la toma de decisiones a favor de la salud pública y cumplir así una de sus principales funciones.

En términos de la gestión del proceso de evaluación del desempeño, la cualidad asociada a la ejecución adecuada de las acciones educativas y que condiciona la movilización a una atención integral, implica su **pertinencia** (Fig.2.12).

La comunidad, responsable de esta opción de la evaluación del desempeño, tiene que apoyar en la identificación de forma activa sus propios problemas de salud, sus necesidades reales y sentidas e intentar darles respuesta a través de su relación con todos los sectores que en ella convergen. Esta participación social, que hace énfasis en las actividades preferentemente preventivas dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, proporciona la oportunidad de que la misma intervenga dinámicamente en la resolución de sus problemas y necesidades, priorizando así el modo de solucionarlos con la responsabilidad y autoridad suficientes para tomar decisiones que conduzcan a resolverlos por un bien común.

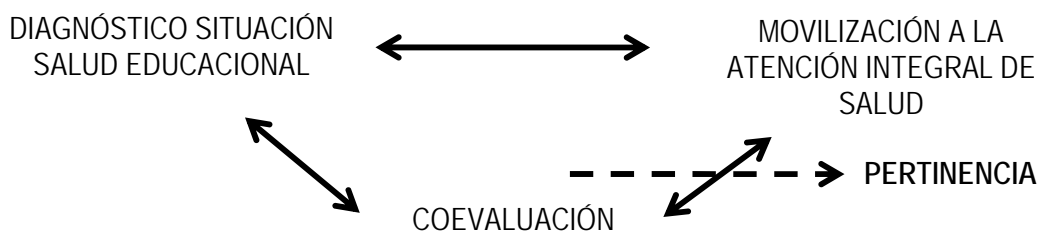


Fig. 2.12. La pertinencia como cualidad del proceso de gestión en la coevaluación del desempeño

Una de las formas más factibles de solucionar los problemas de salud con participación plena de la comunidad, es a través de **la socialización de proyectos intersectoriales** que respondan a las demandas de su localidad, donde se movilizarán voluntades, se redefinirán soluciones y se acometerán acciones tendientes a promover la salud comunitaria, siendo esta una tendencia esencial en los proyectos intersectoriales cuando la comunidad no solo es partícipe de sus beneficios, sino promotora de que se obtengan por iniciativa, conducción, coordinación y evaluación compartida.

El hecho de que los problemas sanitarios son multicausales y no pueden ser resueltos por un solo sector, constituye una mayor oportunidad para que la población pueda participar en la solución de sus propios problemas; pero para que esto se logre, tienen que existir también mecanismos que regulen

esas acciones con una **interacción colaborativa**, donde tanto los ejecutantes como los beneficiarios se desempeñen en un momento determinado en cualquiera de los dos roles protagónicos para la conducción de conductas comunes, dirigidas a intervenir en los problemas de salud del territorio y cuya solución dé salida a las necesidades sociales (Fig.2.13).

Para que los proyectos intersectoriales se conciban de forma adecuada, deberán estar coordinados con los sectores apropiados que cooperarán para definir una situación determinada e intentarán darle solución. De esta forma la comunidad, haciendo un uso racional de sus recursos, implanta, extiende, convenia o comparte un proyecto con comunidades o sectores vecinos y a la vez mantiene el protagonismo por constituir uno de sus principales ejecutores, uno de sus mayores beneficiarios y un verdadero sujeto de las acciones de salud de su localidad.

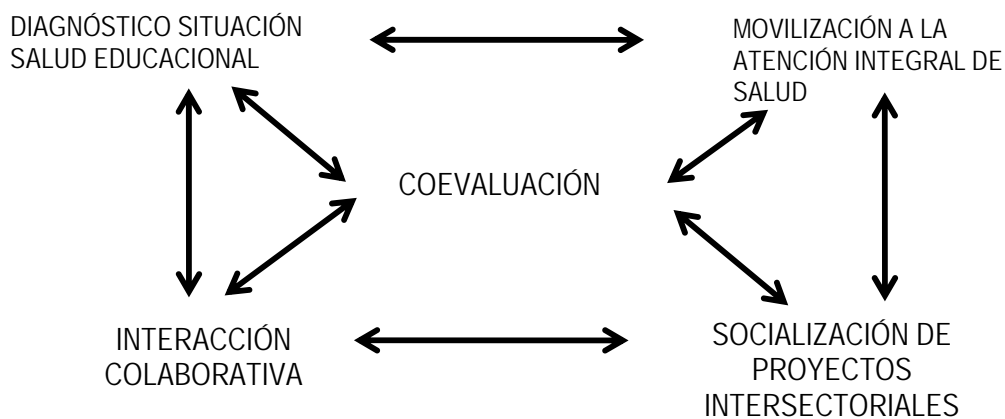


Fig. 2.13 La coevaluación como expresión de procesos de control de los recursos comunitarios e intersectoriales

Es así como partiendo de la relación que se establecerá entre los mecanismos regulatorios a nivel comunitario y la ejecución y extensión de proyectos intersectoriales, se propicia la utilización adecuada de sus recursos y la propagación de sus beneficios, lo cual le confiere a la gestión del proceso un desarrollo óptimo (Fig.2.14).

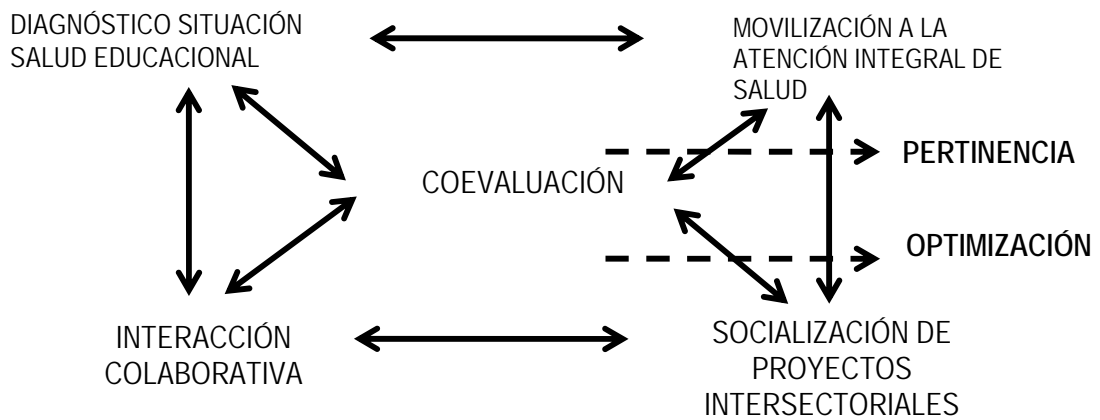


Fig. 2.14. La optimización como calidad de la gestión del proceso

Este papel que asume la comunidad de forma activa en función de los problemas de salud resulta incuestionable; es capaz cuando se lo propone y es bien conducida de actuar junto a los sectores de la propia población, a fin de modificar desde sus raíces las dificultades de salud local al intervenir sobre los modos y estilos de vida de los individuos, promocionar las condiciones de salud social y movilizar voluntades que promueven los cambios favorables. Manifiesta así la calidad de **impacto** como requerimiento necesario para el desarrollo de la calidad (Fig.2.15), que se revela en una comunidad más participativa, más cooperadora y comprometida como expresión del **capital social**.

A partir de aquí emerge del proceso su **dimensión proyectiva**, con cualidades que la distinguen por exteriorizar una imagen de mayor calidad de sus integrantes y de los logros obtenidos, con atributos que aportan y proyectan nuevas expectativas, capaz de reflejar sus adjetivos más sobresalientes y representativos de forma madura, creativa y ejemplarizante a ella misma y a poblaciones aledañas, con la participación voluntaria y empática de los sectores que la componen y muestran a una comunidad más desarrollada, en un entorno más propicio, con proyectos intersectoriales de salud comunitaria más adecuados a las necesidades del medio, con sus requerimientos esenciales de salud social, satisfechos o al menos reconocidos y que su conducta pueda ser imitada por otras comunidades; factores que contribuirán a que se evidencie lo referencial del proceso de evaluación del desempeño como calidad más generalizadora de su dimensión proyectiva.

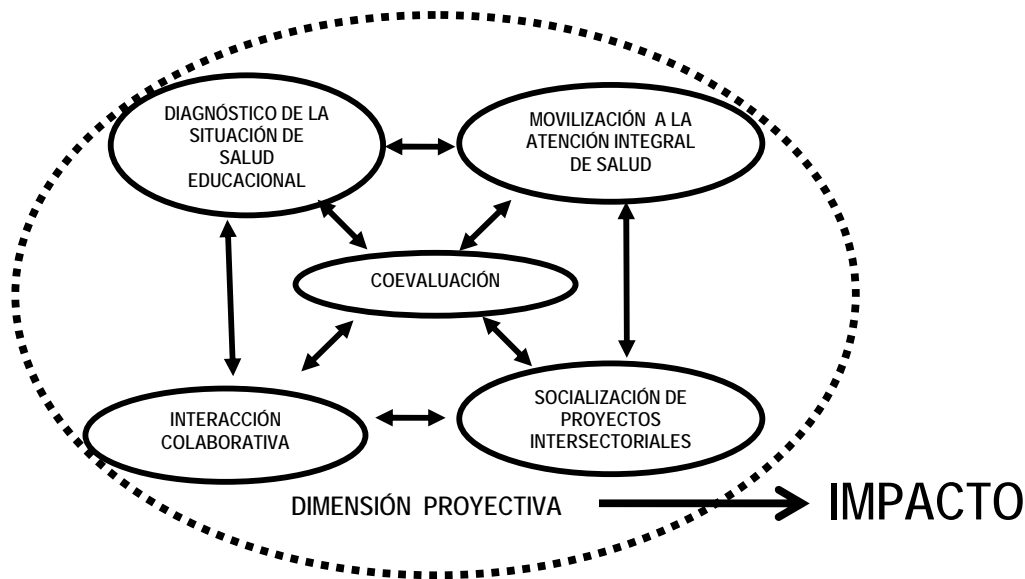


Fig. 2.15. El incremento del capital social por la acción formativa de la coevaluación del desempeño

La proactividad, propositividad y proyectividad no surgen de forma aisladas, sino por necesidades del desarrollo; son más efectivas porque operan de manera compartida como resultado de la interacción, continuidad y dependencia que se establecen entre cada una de ellas y entre ellas mismas por medio de un sistema de relaciones.

El modelo diseñado permite reconocer una serie de subprocesos al interior del proceso de evaluación del desempeño, tanto a nivel individual como institucional y comunitario, los cuales se definen a continuación:

- Subproceso de proyección estratégica asistencial: Compuesto por la identificación y el diagnóstico de la situación de salud atencional y educativo, se caracteriza por representar la labor fundamental del especialista de Medicina General Integral, que es la atención médica integral.
- Subproceso de organización de los procesos de salud social: Formado por la apropiación de los objetivos de desarrollo individual, la implementación de los programas de salud comunitarios y la socialización de los proyectos intersectoriales de salud. Se sustenta en las necesidades crecientes de contextualizar los procesos de salud social para incrementar su relevancia.

- Subproceso de control: Constituido por la reflexión autovalorativa y las interacciones reguladoras y colaborativas. Se reconoce por ajustar los límites entre las necesidades y posibilidades a alcanzar.
- Subproceso que revela el desarrollo: Conformado por la movilización al crecimiento, al desarrollo institucional y a la atención integral de salud. Se identifica por el dinamismo derivado de la participación.

De esa manera se establece el sistema de relaciones, las cuales se asocian a las funciones de la gestión y se definen por la vinculación entre los subprocesos explicados anteriormente:

1. **Relación asistencial organizada:** Es la que se da como resultado de la interacción entre los subprocesos de:
  - proyección estratégica asistencial y
  - organización de los procesos de salud social

Evidencia cómo la reformulación de planteamientos y definiciones de los procesos asistenciales logra que los procesos de salud social adquieran una forma organizada de implantación y ejecución en el contexto.

2. **Relación asistencial controlada:** Es la que se da como resultado de la interacción entre los subprocesos de:
  - proyección estratégica asistencial y
  - procesos de control

Muestran cómo la reformulación de planteamientos y definiciones de los procesos asistenciales, requiere mecanismos que la controlen para lograr cumplir los objetivos que se tracen

3. **Relación asistencial desarrollada:** Es la que se da como resultado de la interacción entre los subprocesos de:
  - proyección estratégica asistencial y
  - procesos que revelan el desarrollo



Ponen de relieve cómo la reformulación de planteamientos y definiciones de los procesos asistenciales consigue que tanto el individuo como la institución y la comunidad manifiesten su acción hacia el avance.

4. **Relación desarrollo controlado:** Es la que se da como resultado de la interacción entre los subprocesos de:

- procesos que revelan el desarrollo y
- procesos de control

Prueban cómo se logra el desarrollo individual, institucional y comunitario cuando se establecen mecanismos de retroalimentación necesarios para regularlo.

5. **Relación de desarrollo organizado:** Es la que se da como resultado de la interacción entre los subprocesos de:

- procesos que revelan el desarrollo y
- organización de los procesos de salud social

Indican cómo el desarrollo se manifiesta a través de los procesos de salud social cuando se expresan de forma organizada.

6. **Relación de control organizado:** Es la que se da como resultado de la interacción entre los subprocesos de:

- procesos de control y
- la organización de los procesos de salud social

Testifican cómo los procesos de control son imprescindibles en la organización de los procesos de salud social.

Por otro lado, las cualidades esenciales de la evaluación del desempeño se relacionan también por medio de las propias dimensiones, a saber:

- La proactividad de la gestión del capital humano con su cualidad identificativa del proceso de evaluación del desempeño.

- La propositividad de la gestión del capital institucional con su cualidad reguladora del proceso de evaluación del desempeño.
- La proyectividad del capital social con su cualidad referencial del proceso de evaluación del desempeño.

Como resultado de la relación que se establece entre estas tres dimensiones, emergen como expresión de síntesis **los niveles de calidad del desempeño del especialista de Medicina General Integral** (Fig.2.16), sobre los cuales se sustentarán los indicadores que responderán al desarrollo de la estrategia de gestión del proceso de evaluación del desempeño por medio del cumplimiento y alcance de la competencia clinicoepidemiológica integral, privativa del especialista de Medicina General Integral.

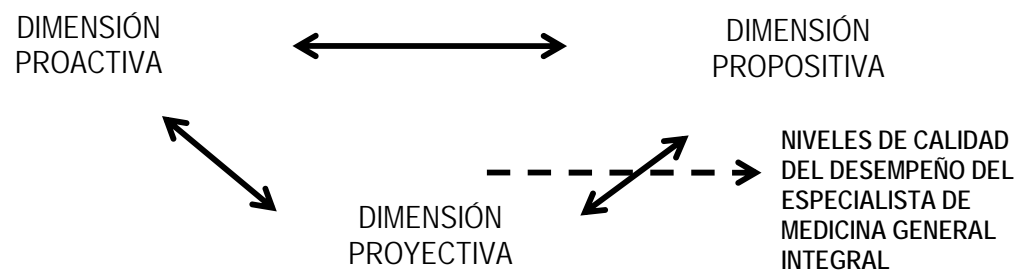


Fig. 2.16. Sistema de relaciones de las dimensiones de la evaluación del desempeño

Las regularidades que presenta el proceso de evaluación formativa del desempeño por medio de sus relaciones, son:

- La autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación como herramientas útiles en la evaluación formativa del desempeño y como exponentes de la competencia clinicoepidemiológica integral, incentivan el desarrollo personal y profesional de los especialistas en Medicina General Integral.
- La evaluación formativa del desempeño relaciona aspectos asistenciales, organizativos y educacionales de los procesos de salud, regulados por mecanismos de control, al tiempo que favorece el logro de metas personales, institucionales y comunitarias que se concretan en programas de salud comunitaria y proyectos intersectoriales.
- La proactividad, la propositividad y la proyectividad emergen como dimensiones del proceso y le confieren el impacto a la evaluación formativa del desempeño, lo que da cuentas del desarrollo del capital humano, institucional y comunitario.

De esta manera se integra de forma general el modelo de gestión para la evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral, el cual se expone en la Figura 2,17

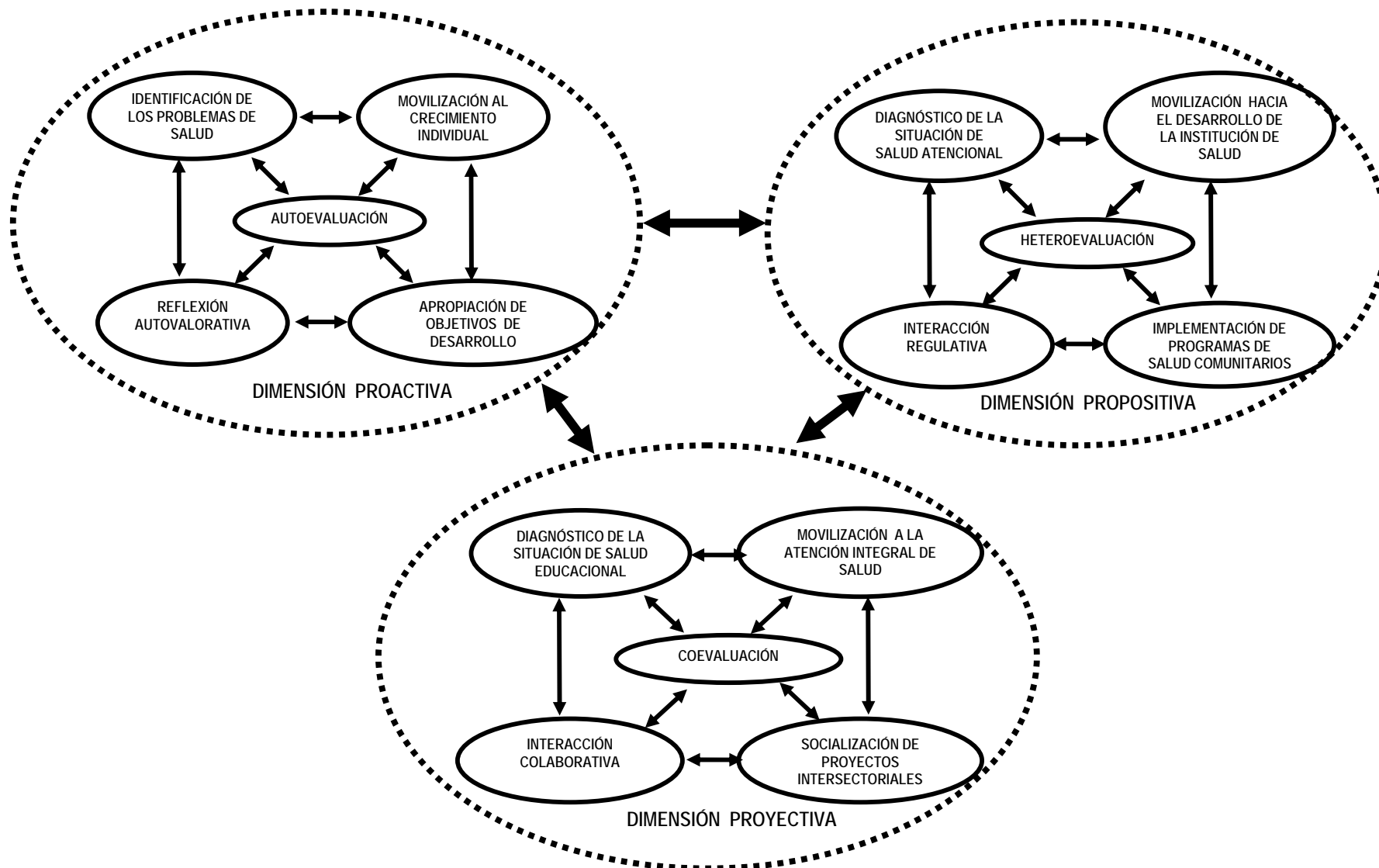


Fig 2.17. Modelo de gestión para la evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral

## **2.3 Estrategia de gestión para la evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral**

La evaluación del desempeño, que constituye un componente esencial en los procesos de gestión por la calidad de los servicios que se prestan, está estrechamente vinculada con el desarrollo del individuo, al constituir un punto de partida hacia nuevas metas. Cuando ha sido bien diseñada, permite conocer el potencial humano que está laborando y su capacidad de desarrollo, de manera que al propiciar su incremento, puede ser transmitido al resto de los trabajadores.

Este proceder evaluativo, aunque poco instrumentado en el sector de la salud, no ha dejado de ser observado y estimado como vía factible para proporcionar oportunidades de crecimiento individual e institucional. En la atención primaria de salud resulta extremadamente importante que sea implantado de forma lógica y consecuente por la necesidad de contar, entre otros aspectos, con mecanismos de retroalimentación que indiquen cómo se desarrolla la asistencia médica en este nivel, que es el responsable de la solución total o parcial de la mayoría de las situaciones de salud que ocurren en el área de atención.

La evaluación del desempeño es reconocida por autores de prestigio internacional como un subsistema dentro de la estrategia general de gestión de capital humano<sup>124</sup>. Los elementos que se exponen de la evaluación del desempeño a especialistas de Medicina General Integral se corresponden con el enfoque sistémico de la Administración de Recursos Humanos, por lo cual sus unidades de desarrollo se avienen con los previstos para este radio de acción.

### **2.3.1. Estructura de la estrategia**

La estrategia está diseñada para ser aplicada en un área de salud de la atención primaria, previamente escogida de entre las que dan cobertura de atención en el municipio de Santiago de Cuba; sitio donde se ha desarrollado la investigación.

De hecho, la estrategia se aplica en dos oportunidades en la misma área de atención: en la primera se realiza con el objetivo de comprobar la factibilidad de su aplicación y en la segunda para controlar los posibles sesgos, por medio de la técnica de triangulación. Se recopilan los mismos datos en dos

---

<sup>124</sup> Chiavenato I. Administración de recursos humanos, 1979

momentos determinados, lo que permite efectuar comparaciones como control cruzado de la misma fuente, propicia la fiabilidad de la estrategia y proporciona un mayor grado de confianza al proceder.

### **2.3.2. Objetivo general de la estrategia**

Realizar la evaluación formativa del desempeño a los especialistas de Medicina General Integral, con el ánimo de promover su crecimiento individual y proporcionar que se incremente el desarrollo de la institución donde labora y la comunidad donde aplica sus acciones de salud social.

### **2.3.3 Características generales de aplicación**

Esta estrategia permite estructurar el modelo planteado para desarrollar la evaluación formativa del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral. Se establecen las premisas que anteceden a la caracterización estratégica de la evaluación del desempeño y su gestión, así como los requisitos que se espera alcanzar en ellos. Se da cuenta de los valores institucionales que se desarrollarán y representarán a la aspiración que se quiere lograr de los especialistas, sus relaciones laborales y comunitarias, una vez concluida la instrumentación del proceder.<sup>125</sup>

Premisas del proceso de evaluación formativa del desempeño del especialista en Medicina General Integral:

- El especialista de Medicina General Integral desempeña un decisivo papel en la conservación y mejoría de la calidad de la atención médica.
- La motivación de los especialistas por mejorar la calidad de la atención que brindan, es reconocida.
- Las supervisiones del desempeño, aun con limitaciones, han propiciado que se revelen insuficiencias en el quehacer médico.
- La importancia de evaluar el desempeño ha sido justamente calibrada.
- Las diferentes formas de evaluar el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral, aunque no de manera integral y desarrolladora, son conocidas y convenientemente practicadas.

---

<sup>125</sup> H. Fuentes y col: "La universidad y su gestión; una mirada dialéctico holística", 2003

- Las condiciones para implantar un proceso de evaluación del desempeño en la atención primaria de salud resultan propicias.

Requisitos del proceso de evaluación formativa del desempeño del especialista en Medicina General Integral:

- Propiciar el desarrollo del desempeño del especialista de Medicina General Integral en función de la calidad asistencial, docente e investigativa en la atención primaria de salud.
- Lograr que el especialista de Medicina General Integral, los integrantes del Grupo Básico de Trabajo y la comunidad se apropien de los procedimientos necesarios para planificar e instaurar la evaluación del desempeño como un proceso formativo.
- Poner en práctica mecanismos que propicien la aplicación de procedimientos de la evaluación del desempeño, iniciados por medio de la autogestión.
- Evaluar el desempeño mediante la autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación como exponentes de un proceso centrado en la participación del individuo, la institución y la comunidad, con capacidad plena de la responsabilidad que les corresponde.
- Utilizar los resultados de la evaluación del desempeño como vía idónea para incrementar la calidad de la asistencia médica y renovar los planes de desarrollo individual, institucional y comunitarios.

La relación que se establece entre las premisas y los requisitos, se sintetiza en los valores institucionales que a su vez determinan la cultura organizacional sobre la cual se sustenta el desarrollo posterior de la estrategia.

Valores Institucionales:

- El proceso de evaluación del desempeño consolida los niveles de calidad del desempeño del especialista de Medicina General Integral por medio del perfeccionamiento de su competencia clínicoepidemiológica integral.
- El especialista de Medicina General Integral aprovecha las posibilidades de desarrollarse, así como de mantener e incrementar las potencialidades alcanzadas, lo cual redundará en mejorar la calidad del servicio prestado en función del bien común.

- El especialista de Medicina General Integral se torna más comprometido e involucrado con el Grupo Básico de Trabajo que lo dirige y ambos, con el apoyo institucional que tienen, influyen en el desarrollo comunitario y en el aumento de la calidad de los servicios.

La interrelación armónica y cooperada entre el capital humano, institucional y social que se genera por medio de la evaluación formativa del desempeño, destaca el logro de los objetivos propuestos y que solamente podrán ser eficazmente alcanzados mediante la combinación de las citadas interrelaciones, lo cual dará como resultado final un conjunto multiplicado de proveedores de salud social.

## 2.4 Implementación de la estrategia

Previo a la implementación de la estrategia se realizan talleres donde participan los especialistas de Medicina General Integral, los dirigentes del área de salud del Policlínico y los actores sociales de la comunidad, donde se les explica en qué consiste la evaluación del desempeño, con el objetivo de que decidan si se integran o no a este proceso evaluativo.

### 2.4.1 Acciones de pertinencia de la autoevaluación del desempeño

Objetivo: Identificar a través de la detección de los problemas de salud de su territorio, las potencialidades que tiene el especialista de Medicina General Integral para reconocer a la autoevaluación como una opción de desarrollo y crecimiento personal.

Acciones	Ejecuta	Controla	Período	Forma
1. Aceptación de los especialistas a incorporarse a la evaluación del desempeño como opción de desarrollo individual	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Cada dos años	Taller
2. Identificación de los problemas de salud de su área de atención	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Anual	Revisión documental
3. Participación en la autoevaluación del desempeño a través del instrumento previamente diseñado	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Cada dos años	Revisión documental
4. Resumen de los resultados de su autoevaluación	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Anual	Taller



### 2.4.2 Acciones de optimización de la autoevaluación del desempeño

Objetivo: Precisar, a través de los mecanismos de control individual, cómo la autoevaluación del desempeño induce al especialista de Medicina General Integral a utilizar los recursos disponibles de forma racional.

Acciones	Ejecuta	Controla	Periodo	Forma
1. Diseño de planes de formación individual a partir de los resultados de la autoevaluación	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Anual	Revisión y corrección de los planes de desarrollo individual
2. Informa al Grupo Básico de Trabajo las insuficiencias encontradas en la autoevaluación del desempeño y que no pueden ser resueltas por autogestión.	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Anual	Revisión documental

### 2.4.3 Acciones de impacto de la autoevaluación del desempeño

Objetivo: Obtener, a través de los resultados de la autoevaluación y planes de desarrollo profesional, un incremento en las competencias de los especialistas de Medicina General Integral, que promueva la formación del capital humano como valor agregado y demuestre el carácter proactivo del proceso.

Acciones	Ejecuta	Controla	Periodo	Forma
1. Valoración del cumplimiento de los planes de desarrollo individual y que promovieron cambios en el especialista.	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Anual	Análisis Individual, Promoción de Categoría Docente, Especialista II Grado, entre otros.
2. Estimación individual de nuevas necesidades de desarrollo, relacionadas con evidencias obtenidas en autoevaluaciones del desempeño, realizadas de forma periódicas	Especialista de Medicina General Integral	Jefe Grupo Básico de Trabajo y Vicedirector Docente	Anual	Análisis de resultados de los planes de desarrollo individual

### 2.4.4 Acciones de pertinencia de la heteroevaluación del desempeño

Objetivo: Identificar, a través del Diagnóstico de Salud Atencional, los problemas de salud del área susceptibles de ser mejorados y utilizar la heteroevaluación como mecanismo de desarrollo del colectivo.

Acciones	Ejecuta	Controla	Periodo	Forma
1. Aceptación de los dirigentes del Grupo Básico a incorporarse al proceso de evaluación del desempeño como opción de desarrollo institucional.	Grupos Básicos de Trabajo	Jefes de Grupo Básico de Trabajo. Vicedirector Docente, Asistencia Médica	Anual	Taller
2. Comparación del Diagnóstico de Salud	Jefe Grupo	Vicedirector	Anual	Revisión

Atencional con los problemas de salud identificados por los especialistas en sus informes preliminares	Básico de Trabajo	Docente y de Asistencia Médica		documental
3. Participación de todos los miembros del Grupo Básico de trabajo en los resultados obtenidos en el proceso de autoevaluación y heteroevaluación y se reconocen las dificultades en relación con el patrón de desempeño que debe tener el especialista.	Grupo Básico de Trabajo	Jefe Grupo Básico de Trabajo, Vicedirector Docente y de Asistencia Médica	Anual	Taller

### 2.4.5 Acciones de optimización de la heteroevaluación del desempeño

Objetivo: Reforzar, a través de los mecanismos de control, cómo la institución utiliza la heteroevaluación para potencializar la aplicación de los Programas de Salud Nacional y adaptarlos al territorio para reforzar la acción del grupo.

Acciones	Ejecuta	Controla	Período	Forma
1. Adaptación de los Programas Nacionales de Salud al Territorio	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente, Asistencia Médica	Anual	Taller
2. Diseño, aprobación y supervisión de planes de desarrollo institucional a partir de resultados de la heteroevaluación y de necesidades que surgen de los Programas Nacionales de Salud Contextualizados	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental
3. Adecuación de los planes de desarrollo institucional, en dependencia de logros alcanzados en el centro y que son retroalimentados al Grupo Básico Trabajo.	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental
4. Organización de actividades docentes para perfeccionar el desempeño profesional, en dependencia de las necesidades colectivas emergidas de los planes de desarrollo individuales e institucionales.	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Mensual	Talleres, Jornadas, Mesas Redondas, Conferencias
5. Compilación de materiales de consulta docentes con temas contentivos de las necesidades detectadas.	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Mensual	Materiales docentes

### 2.4.6 Acciones de impacto de la heteroevaluación del desempeño

Objetivo: Obtener, por medio de los resultados de la heteroevaluación y los planes de desarrollo institucional, un incremento en la calidad de la atención que promueva el capital institucional y demuestre el carácter proyectivo del proceso.

Acciones	Ejecuta	Controla	Periodo	Forma
1. Valoración de los resultados obtenidos por medio de los planes de desarrollo	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente,	Anual	Taller de desempeño.

institucionales y que promovieron cambios en la situación de salud atencional del área		Asistencia Médica. Consejo Científico		Análisis en Consejo Científico
2. Estimación institucional de nuevas necesidades de desarrollo, relacionadas con evidencias obtenidas en heteroevaluaciones del desempeño, realizadas de forma periódicas y emergidas por los mecanismos de retroalimentación.	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Taller de desempeño. Análisis en Consejo Científico
3. Análisis crítico del incremento de la calidad de la institución, que la promueve a institución de referencia.	Jefe Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente, Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental. Propuesta de cambio de categoría institucional.

#### 2.4.7 Acciones de pertinencia de la coevaluación del desempeño

Objetivo: Identificar, a través del Diagnóstico de Salud Educativo, las acciones de promoción de salud necesarias para modificar los diferentes hábitos y estilos de vida de la población, susceptibles de ser mejorados, y utilizar la coevaluación como mecanismo que movilizaría hacia una atención más integral de salud en la comunidad.

Acciones	Ejecuta	Controla	Período	Forma
1. Comparación de los problemas de salud de la comunidad, con los precisados con los Análisis de la Situación de Salud y delimitación de las necesidades reales y sentidas de la población.	Especialista de Medicina General Integral y Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental. Taller comunitario
2. Participación de la comunidad en las acciones de promoción de salud necesarias para poder dar respuesta a las imperiosidades emanadas del Diagnóstico de Salud Educativa y que necesitan de actores sociales.	Especialista de Medicina General Integral y Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental. Audiencias Sanitarias

#### 2.4.8 Acciones de optimización de la coevaluación del desempeño

Objetivo: Reforzar, a través de mecanismos de regulación y corrección, cómo la utilización racional de los Proyectos Intersectoriales potencializa la acción de desarrollo de la coevaluación y resalta el papel protagónico que posee la población como guardiana de su propia salud.

Acciones	Ejecuta	Controla	Período	Forma
1. Selección de los actores sociales y de los sectores necesarios para poder emprender las soluciones de necesidades detectadas	Especialista de Medicina General Integral y Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental. Taller.
2. Diseño y realización de planes de desarrollo en materia de proyecto de salud comunitaria	Especialista de Medicina General Integral y Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo	Anual	Revisión documental.

		Científico		
3. Diseño y realización de Proyectos intersectoriales contextualizados	Especialista de Medicina General Integral y Grupo Básico de Trabajo	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Revisión documental.
3. Promoción de la presentación de proyectos intersectoriales a convocatorias de financiamiento.	Vicedirector Docente	Oficina Proyecto DPS, OPS, CITMA, Centro Prov. Educación para la Salud	Segun calendario	Análisis documental

### 2.4.9 Acciones de impacto de la coevaluación del desempeño

Objetivo: Obtener resultados de los proyectos intersectoriales comunitarios y que ofrezcan solución parcial o total al problema de salud que lo originó al promover e incrementar el capital social y demostrar el carácter propositivo del proceso.

Acciones	Ejecuta	Controla	Período	Forma
1. Evaluación del cumplimiento de los proyectos intersectoriales según plazos establecidos	Jefe del proyecto	Vicedirector Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Según período	Revisión documental.
2. Estimación institucional de nuevas formulaciones de proyectos intersectoriales	Grupo Básico de Trabajo	Vice Director Docente o de Asistencia Médica. Consejo Científico	Anual	Talleres de discusión comunitarias

Las acciones y tareas de la implementación de la estrategia en el Policlínico "30 de Noviembre" se exponen en el Anexo 1.

### 2.5 La competencia clínicoepidemiológica integral como vía para incrementar la calidad de la atención médica en la atención primaria de salud

Las premisas de la estrategia, contentivas de los antecedentes y valores que caracterizaron el proceso de evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral antes de su aplicación, se transformaron al contrastarse con los requisitos que marcaron la ruta a seguir para poder llegar a los valores institucionales enmarcados en los niveles de calidad del desempeño de los citados profesionales.

Por la especificidad de acción que tiene la especialidad de Medicina General Integral en Cuba, se hace muy necesario individualizar la competencia profesional que la caracteriza. Es por eso que

teniendo en cuenta además la importancia de precisar en qué se basa la implementación de la estrategia planteada, se considera oportuno definir la **competencia clínicoepidemiológica integral** que caracterizará al especialista de Medicina General Integral cuando:

Es capaz de integrar acciones de prevención, promoción, diagnóstico, cura y rehabilitación, a los pacientes y población a su cargo, de las entidades más frecuentes en relación al cuadro básico de salud al que se enfrenta, demostrando sensibilidad y alto espíritu de abnegación, sacrificio, sentido de la responsabilidad y humanismo, aplicando los principios de la ética médica y utilizando el método clínicoepidemiológico como instrumento de labor diaria, a la vez que posee elevados niveles de información y actualización que le permite coordinar el trabajo del equipo de salud al que pertenece, involucrando al individuo, familia y comunidad en la toma de decisiones para el bien común.

La competencia clínicoepidemiológica integral se establecerá bajo la relación existente entre el problema de la profesión, que en el caso de la atención primaria es el proceso salud- enfermedad en su entorno, así como el objeto de la profesión hacia donde va encaminada la acción, o sea, a la salud del individuo, la familia y la comunidad; todos dirigidos hacia un fin común, que tiene como objetivo del profesional, modificar el cuadro básico de salud de la población asignada.

Las competencias desde el punto de vista general se conciben con unidades de competencias como núcleos integradores de la competencia profesional<sup>126</sup>. La competencia clínicoepidemiológica integral está constituida por cinco unidades de competencia: clínica, comunitaria, docente, investigativa y gerencial. Por lo complejo de la actividad médica resulta poco probable que se pueda deslindar una tarea asistencial de una docente o investigativa por lo que se considera muy complejo realizar una división que cumpla con el objetivo de delimitar una frontera definida entre las unidades de competencia.

La competencia clínicoepidemiológica integral se hará perfectible en la medida en que se promueva la integración de todas sus unidades, se vislumbren otros objetivos y se lleguen a nuevos logros, lo que resaltaré el grado de madurez alcanzado por el profesional, la conducción de la institución y por la integración de la comunidad.

---

<sup>126</sup> Martínez R. Estrategia didáctica para el tratamiento del caso desde la disciplina Psicología del Desarrollo. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba. 2007

El alcance de la competencia clínicoepidemiológica integral y sus unidades de competencia se medirá a través del cumplimiento de indicadores del desempeño. La fuente de estos indicadores está en el programa de formación del especialista de Medicina General Integral<sup>127</sup> descritos como modos de actuación y fueron admitidos, modificados, y otros incorporados por el investigador en función de los objetivos trazados.

### 2.5.1 Definición, objetivos e indicadores de las unidades de competencias:

- **Unidad clínica:** posee las acciones y logros que el especialista debe alcanzar para ofertar asistencia médica entre las que se tienen desde el punto de vista general las de orden diagnóstico y terapéutico.

#### Objetivos:

1. Realizar acciones eficaces en su trabajo profesional que le permitan llegar a efectuar diagnóstico al menos en el 70% de las ocasiones y comprobar el mismo en un 80 a un 90% por medio del método clínico y epidemiológico.
2. Emitir tratamiento en los casos que diagnostica y que puede resolver en el área de salud.
3. Remitir o interconsultar con las especialidades correspondientes aquellos casos en los cuales no puede darle solución total o parcial con las acciones propias de la atención primaria de salud

#### Indicadores:

1. Realiza un adecuado y minucioso interrogatorio y examen físico que le permite llegar a diagnóstico en un 70% de los casos
2. Detecta cualquier riesgo biológico, psicológico, social y ambiental.
3. Indica racionalmente los complementarios necesarios para corroborar el diagnóstico clínico, sabe identificar sus resultados y los integra a la clínica, lo que le proporciona la posibilidad de corroborar su diagnóstico entre un 80 a 90% de los casos.
4. Transcribe a la historia clínica individual y familiar los resultados de las indagaciones clínicas y complementarias

---

<sup>127</sup> MINSAP: Plan de estudio de la residencia de Medicina General Integral, 2004

5. Detecta cambios en el estado de salud familiar y comunitario que indican modificaciones en el cuadro básico de salud
6. Clasifica y dispensarisa al individuo sano, con riesgo, enfermo o con secuela.
7. Clasifica a la familia por medio del familiograma y toma conductas acorde a la clasificación.
8. Realiza y reporta actividades de terreno a individuos de riesgo o enfermos.
9. Asume responsabilidades directas en la atención integral a las personas, familias, grupos y colectivos a él asignados
10. Determina el estado de salud de la población a él asignada, familias, grupos y colectivos.
11. Toma las conductas terapéuticas más adecuadas al alcance de la población
12. Acuerda con el paciente, familia o comunidad la conducta más apropiada para el problema
13. Transcribe a la historia clínica individual y familiar las conductas y define el pronóstico.
14. Orienta y realiza actividades de rehabilitación física, mental y social, según corresponda.
15. Decide la realización de reconsulta, interconsultas con otras especialidades, ingreso en el hogar, remisión a otro nivel de atención de acuerdo a la complejidad del problema de salud de la persona, familia, grupo o colectivo.
16. Brinda atención médica de urgencia a la población en la comunidad, el policlínico y el hospital.
17. Realiza diagnóstico precoz de enfermedades infecciosas como TB o Hansen y diagnóstica pacientes con enfermedades neoplásicas de mama, próstata y cuello uterino en estadios inferiores a 3.
18. Se desempeña además en al menos una de las siguientes actividades: Medicina Natural y Tradicional, Genética Médica, Ultrasonografía, Ortopedia y traumatología, Alergia
19. Realiza acciones de relevancia ante catástrofes naturales o de agresión a la seguridad nacional
20. No tiene quejas ni insatisfacciones manifiestas de la población
21. Cumple con los preceptos de la ética médica
22. Adapta los programas nacionales de salud a la problemática de su territorio

- **Unidad comunitaria:** en esta se agrupan las acciones educativas y promotoras que debe realizar el especialista, dirigidas a modificar hábitos y estilos de vida en la comunidad por medio de la educación para la salud y todas las actividades tendientes al trabajo comunitario y al control medio ambiental

**Objetivo:** Realizar acciones epidemiológicas y educativas dirigidas al individuo, familia y comunidad para modificar el estado de salud individual, familiar y colectiva y disminuir el riesgo de enfermar de la población que atiende.

**Indicadores:**

1. Realiza acciones de salud con la participación activa de su población y en estrecha vinculación con las organizaciones políticas, sociales y estatales.
2. Realiza acciones de promoción de salud para lograr cambios positivos en los conocimientos, hábitos de vida y costumbres higiénico-sanitarias de su población.
3. Realiza acciones de prevención de enfermedades y otros daños a la salud en su población.
4. Realiza estrategias para ejecutar el plan de acción comunitaria emanada del Análisis de la Situación de Salud
5. Capacita a los líderes de la comunidad para desarrollar actividades de promoción y educación para la salud en su población, así como realiza dichas actividades con las personas, familias, grupos y colectivos objeto de su atención.
6. Promueve campañas educativas planificadas e integradas con participación de la comunidad que emanen de los programas nacionales de salud contextualizados en el territorio y de los análisis de la situación de salud realizados en el área de trabajo para lo que utiliza recursos comunitarios
7. Promueve la autoayuda y la ayuda de otros sectores para incrementar la salud de la población que atiende.
8. Realiza al menos 3 audiencias sanitarias al año relacionadas con problemas de salud del área
9. Generaliza resultados de proyectos intersectoriales en el área al menos uno cada dos años.



- **Unidad docente:** realiza acciones docentes inherentes a la educación en el trabajo a estudiantes de medicina y de otras carreras de la salud, residentes de Medicina General Integral y otras especialidades que rotan por el consultorio.

**Objetivo:** Utilizar el consultorio, la visita al terreno, las actividades de urgencias en el cuerpo de guardia y otras acciones de labor diaria para desarrollar la función educativa como vía propicia de educación en el trabajo.

**Indicadores:**

1. Planifica, organiza, ejecuta y controla actividades docentes, en el campo de la Medicina General Integral, con los educandos de Ciencias Médicas de pre y posgrado, según le corresponda y de acuerdo a los planes y programas de estudio vigentes.
2. Participa en actividades de formación académica y de superación profesional post-graduadas en el campo de la Atención Primaria de Salud y la Medicina General Integral.
3. Incentiva las acciones de autoformación según necesidades individuales
4. Incrementa las actividades que tiendan al desarrollo personal encaminadas a la promoción de su propia categoría docente, categoría científica, para especialista de II Grado, entre otras.

- **Unidad investigativa:** aporta los elementos necesarios para poner en práctica la acción investigativa en el puesto de trabajo que le permita solucionar los problemas de salud que se suceden en el mismo.

**Objetivos:**

1. Utilizar el análisis de la situación de salud, las investigaciones en Servicios de Salud y los proyectos intersectoriales como instrumentos de alta prioridad para darle solución a los problemas detectados en el área de atracción con la participación activa de la comunidad.
2. Aprovechar estas vías para incorporar a estudiantes de pregrado y residentes en investigaciones científicas propias de este nivel de atención

**Indicadores:**

1. Aplica el método científico en el proceso de identificación y solución de problemas de salud en su población, con un enfoque clínico y epidemiológico

2. Identifica, diagnostica y realiza el Análisis de la Situación de Salud.
  3. Aplica, junto a la comunidad, acciones encaminadas a la solución de los problemas sanitarios identificados como prioritarios en su población por medio del Análisis de la Situación de Salud.
  4. Planifica y ejecuta investigaciones científicas en el campo de acción de su puesto de trabajo como especialista en Medicina General Integral, en correspondencia con las necesidades actuales y perspectivas del Sistema Nacional de Salud a partir de los problemas de salud predominantes en su comunidad.
  5. Participa en tareas de investigaciones vinculadas a problemas priorizados.
  6. Utiliza las Tecnologías de la Información y la Comunicación para la superación profesional y la investigación científica en el campo de la Atención Primaria de Salud.
  7. Evalúa investigaciones, artículos y publicaciones científicas.
  8. Asesora a estudiantes de pregrado y a otros profesionales en la ejecución de investigaciones e intervenciones de salud del área de atracción con fines asistenciales o docentes
  9. Es tutor o asesor de al menos un trabajo de terminación de residencia al año
  10. Publica artículos científicos en revistas de impacto al menos uno cada dos años
  11. Participa en la ejecución de proyectos intersectoriales y en investigaciones de sistemas y servicios de salud que responden a necesidades de su área de trabajo
  12. Participa con resultados de investigaciones en eventos científicos del territorio o a nivel nacional o internacional
  13. Es miembro y participa en las actividades que convoque el Capítulo de Medicina General Integral de la Provincia
- **.Unidad gerencial:** aporta las herramientas para que el especialista esté apto para ejecutar acciones de dirección en dependencia del puesto de trabajo donde se desempeñe.

**Objetivo:** Utilizar de forma eficiente las herramientas gerenciales para dirigir el equipo de salud al cual pertenece con vistas a favorecer el estado de salud de la población asignada donde enfatiza su liderazgo y la conducción del trabajo en equipo.

**Indicadores:**

1. Coordina el trabajo del Equipo Básico y ejerce la administración de acuerdo a las funciones del puesto de trabajo que desempeña en la comunidad.
2. Realiza acciones administrativas que garanticen la mejor utilización y movilización de los recursos del sistema para el cumplimiento de su actividad de atención médica integral.
3. Ejecuta, controla y evalúa el Programa Trabajo para la Atención Integral a la Familia informando cualquier eventualidad epidemiológica o médico legal que se produzca donde enfatiza su responsabilidad civil y legal
4. Establece la interrelación correspondiente entre su Equipo Básico de Trabajo, otros equipos de trabajo y con instituciones de los diferentes niveles del Sistema de Salud.
5. Realiza coordinaciones intersectoriales para la solución de los problemas de salud identificados en su comunidad.
6. Establece parámetros para minimizar insatisfacciones de la población con respecto a la calidad de la atención recibida

**CONCLUSIONES CAPÍTULO 2**

1. La autoevaluación del desempeño surge como síntesis al conjugarse las necesidades personales de desarrollo y relacionarlas con las posibilidades de solución que tiene el especialista de Medicina General Integral para ofrecer coberturas asistenciales a las situaciones de salud de su territorio. Estas acciones están reforzadas por una reflexión profunda que promueve al crecimiento individual y que utiliza al contexto como fuente argumentativa para mejorar su accionar e incrementar aún más el crecimiento, propiciando la aparición de la dimensión proactiva del proceso que condiciona que el profesional emerja como un producto mejorado, exhibiéndose así el incremento del capital humano.
2. El proceso de heteroevaluación se produce por la relación que se establecen entre el diagnóstico de salud atencional como acción que induce al desarrollo de la institución. La necesidad de utilizar los programas de salud nacional pero contextualizados al territorio, también necesitan de mecanismos que regulen su aplicación, propiciando que surja la

dimensión propositiva del proceso que facilitará que esta institución cumpla con sus metas y aspiraciones e incremente su capital institucional.

3. Por su parte la coevaluación aprovecha las posibilidades del entorno para propiciar que se estrechen las relaciones entre la institución, el especialista y la comunidad, utilizando el diagnóstico de salud educacional para inducir los cambios que deben generarse en función de incrementar la calidad de la atención de salud. Los mecanismos de control se utilizarán en este momento para poder regular las acciones que la propia coevaluación propicie para que se utilicen los proyectos intersectoriales de salud en función de obtener un crecimiento en la comunidad donde se labora, todo potencializado por la emergencia de la dimensión proyectiva del proceso con tal fuerza que refleja los cambios que han sido factibles de realizar y que permite que se incremente en la comunidad el capital social.
4. Se diseña una estrategia basada en un modelo de gestión, que permite al aplicarla evaluar el desempeño médico del especialista de Medicina General Integral, expresadas por medio de acciones a cumplir en corto, mediano y largo plazos y por medio de indicadores de calidad que estarán representados por la pertinencia, la optimización y el impacto. La citada estrategia se complementa con el diseño de la competencia clínica epidemiológica integral, sus unidades de competencias y los correspondientes indicadores.
5. Las dimensiones que emergen del proceso de evaluación del desempeño operan de forma coordinada y por medio de un sistema de relaciones que logran interactuar, internamente, por la congruencia que se establecen entre los subprocesos compuestos esencialmente por variables asistenciales, organizativas, de control y de desarrollo, con representatividad individual, institucional y comunitaria. Las relaciones que se establecen entre las dimensiones revelan la forma en que se identifica, se regula y se proyecta el proceso de evaluación del desempeño dando muestra de la gestión para el desarrollo del capital humano, institucional y social. De la misma manera este sistema de relaciones definen las regularidades que caracterizan al proceso de evaluación formativa del desempeño.

### **CAPITULO 3**

## **APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

### **CAPITULO 3: APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA PARA LA GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO EN LOS ESPECIALISTAS DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

El presente capítulo da cuenta de la implementación de la estrategia de gestión empleada para evaluar el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral en el Policlínico Docente “30 de Noviembre” en Santiago de Cuba.

Esta estrategia basa sus principios de aplicación en un modelo previamente diseñado, donde se combinan tres momentos esenciales que se integran de forma holística: la acción individual del especialista de Medicina General Integral el cual realiza su autoevaluación del desempeño, la acción institucional que utiliza la evaluación externa o heteroevaluación y la comunidad que asume la coevaluación del citado profesional.

La mencionada estrategia se aplicó esencialmente a través de métodos de investigación cualitativa y llevó implícitos indicadores reconocidos de gestión de la calidad (pertinencia, optimización e impacto), que por la naturaleza y el alcance de sus objetivos podrán ser aplicados a corto, mediano y largo plazos, de manera que despierten el interés de los implicados por mantenerse comprometidos y poder continuar aplicándola en su entorno.

Los indicadores de pertinencia se basan en los objetivos que se alcanzan a corto plazo, al estar diseñados para lograrlos con aquello que los actores tienen que hacer adecuadamente, ya sea por su grado de formación y patrón de desempeño, por los deberes institucionales o por las obligaciones de la comunidad y para la comunidad. Los indicadores de optimización se alcanzan a corto y mediano plazos, pues aquí interviene el grado de eficiencia con que se utilizan los recursos; mientras que los cambios conductuales, la exposición de nuevos caracteres y el surgimiento de dimensiones que le confieren una condición renovada a los actores del proceso, se logran entre mediano y largo plazos y se valoran por medio de los indicadores de impacto, donde emergen nuevos capitales individuales, institucionales y sociales.

#### **3.1 Caracterización del Policlínico “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba**

La decisión de escoger el Policlínico “30 de Noviembre” de la ciudad de Santiago de Cuba para realizar este trabajo, obedeció al hecho de que en dos tareas de investigación pertenecientes a un proyecto sobre calidad de la atención primaria de salud ejecutadas en esta área, se detectaron insuficiencias en el desempeño profesional de los médicos de familia, que repercutían en la asistencia médica brindada. A lo anterior se sumó que en inspecciones practicadas por el personal

dirigente de la institución, se evidenciaron dificultades en el desempeño de los profesionales con respecto a la atención a los ancianos y otros sectores priorizados de la población. Por tales motivos se determinó emprender el estudio en dicha área, con vista a proponer una estrategia que además de identificar las debilidades, indique cómo erradicarlas.

Aunque se infiere que situaciones similares pudieran estar presentes en diversas áreas de salud de la provincia Santiago de Cuba, los resultados de dos estudios de calidad realizados en ese entorno comunitario, ayudaron en la decisión de escoger al Policlínico 30 de Noviembre.

La organización, distribución de los especialistas de Medicina General Integral y ubicación geográfica del Policlínico Docente Comunitario "30 de Noviembre" se exponen en el Anexo 2

## **3.2 Estrategia de gestión para la aplicación de la evaluación formativa del desempeño a los especialistas de Medicina General Integral del Policlínico "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba**

### **3.2.1 Autoevaluación del desempeño**

Antes de aplicar la planilla de autoevaluación del desempeño (Anexo 3), fue necesario realizar un taller donde se expusieron las ventajas de aplicar el proceso de evaluación del desempeño y conocer de entre los integrantes cuáles estaban de acuerdo en proseguir de forma voluntaria con el ejercicio.

#### **Acciones de pertinencia**

**Acción N°1:** Aceptación de los especialistas del Policlínico "30 de Noviembre" para incorporarse a la evaluación del desempeño.

**Técnica e instrumento:** Grupo de discusión.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento y aceptación de los especialistas acerca de las técnicas de evaluación y los factores que pueden influir en la aplicación de sus indicadores.

Para ejecutar esta acción se citó a todos los especialistas de Medicina General Integral del área, a los cuales se les dio la posibilidad de proseguir o no de forma voluntaria después del ejercicio.

Comenzó el grupo de discusión con la reflexión de un especialista que expresó:

"Resulta interesante que se nos pregunte si estamos en condiciones de participar en un ejercicio que conlleva una evaluación del desempeño, pues siempre ha sido de forma sorpresiva".

De este modo se evidencia como primera opción que los especialistas estaban acostumbrados a que las formas de evaluación se implementaran sin previo aviso, por lo cual se les explicó la necesidad de que permanecieran en esta primera parte, donde se detallaba en qué consistía el ejercicio completo y que luego, de no interesarle, se retirasen si así lo deseaban.

“Las evaluaciones del desempeño a que estamos acostumbrados no tienen en cuenta la trayectoria del especialista. Solamente te miden si cumples con los indicadores que fueron previamente calculados por el municipio, provincia o nación”.

“Siempre nos evalúan sin analizar previamente la situación en que se encuentra el especialista, nunca hay un reconocimiento económico ni social respecto a los resultados. Siempre es a través de supervisiones y lo que hay que tener bien son los papeles, que es lo que miran”.

El especialista identificaba los problemas en la evaluación del desempeño hasta ese momento y acentuaba aspectos que habían formado parte del eje histórico de tal acción consistente en el cumplimiento de indicadores. Se manifestaron valoraciones reveladoras de cuánto deseaban los citados profesionales la introducción de cambios en la manera de evaluar su desempeño.

Se detectó el rechazo hacia el proceso evaluativo del desempeño, tanto por el realizado tradicionalmente en cuanto al modo de conducirlo como por el tratamiento de los resultados satisfactorios.
--

De los especialistas presentes en el grupo, cinco plantearon que las condiciones del desempeño no eran buenas y, por tanto, su evaluación estaba condicionada por lo que hacían a diario, sin tomar en cuenta los siguientes aspectos negativos trascendentes como son la falta de equipamiento y materiales indispensable para ejecutar el desempeño, la escasez de profesionales y la carencia de acción tutelar.

Estas demandas evidencian la necesidad que tienen los profesionales no solamente de ser evaluados con las condiciones mínimas, sino que estas se hallen presentes en su trabajo diario para no perder destrezas y garantizar que su desempeño sea el más adecuado. Se critica también la ausencia de la función tutelar del Grupo Básico de Trabajo, que muchas veces se desatiende por dedicarse a labores puramente administrativas, lo cual obliga a dejar a un lado su rol de conductor del proceso salud-enfermedad en su área de atracción. El grupo de estudio estaba integrado por personal con cinco años de graduados como promedio, de modo que la reclamación sobre la



imperiosidad de mantener un vínculo estrecho con la institución para reforzar habilidades o adquirir nuevas, deviene una solicitud consecuente y justa.

Se pone de manifiesto que la experiencia profesional se va adquiriendo con el transcurso de los años y a través de la actualización permanente, la utilización adecuada de las técnicas e instrumentos necesarios para el ejercicio de la profesión, la incorporación de nuevas tendencias profesionales y la enseñanza guiada; acciones que no siempre marchan unificadamente en el desarrollo del especialista y que necesitan una atención diferenciada.

Al abordar el tema de la identificación de evaluaciones o supervisiones con la realidad circundante, los entrevistados expresaron su inconformidad de trabajar por resoluciones que muchas veces no tienen que ver con su territorio y son impuestas por el nivel central. "Hay regulaciones que restringen el desempeño médico" e impiden a los especialistas de Medicina General Integral realizar ciertas acciones en función de "proteger indicadores", algunas limitaban su posibilidad de tratar enfermedades comunes en la atención primaria. Luego, esas mismas restricciones son motivo de procesos evaluativos de hábitos perdidos o no alcanzados.

Estos hechos revelan que la especialidad, a pesar de tener una representatividad sólida, no ha contado con una suficiente voluntad política que le defienda su espacio y autonomía, por lo cual necesita instrumentos en su accionar que permitan poner de relieve su verdadera capacidad resolutive.

Otro de los elementos aportados fue que "se ha constituido en un hábito evaluarnos a través de supervisiones que se limitan a la revisión documental, sin tener en cuenta el proceso".

Los especialistas no tenían clara la similitud existente entre las evaluaciones del desempeño y las supervisiones, pues se referían a ambas como diferentes, al desconocer que las segundas funcionan como las primeras en dependencia de su intencionalidad. También es factible que su única experiencia al respecto fuera la supervisión documental como forma de evaluación y por ese motivo no la reconocieran como un mecanismo para detectar insuficiencias en el desempeño.

Cuando se averiguó acerca del papel que jugaba la comunidad en su desempeño profesional, lo vieron solamente como el objeto donde descansaba gran parte del trabajo según las siguientes opiniones: "nos permite desarrollarnos", "nos permite trabajar mejor", sin mencionar componentes importantes de la comunidad como posible actor del proceso de evaluación del desempeño.

El especialista no consideraba el contexto donde trabajaba como fuente de formación individual, por lo que ello le impedía utilizarla como uno de los resortes propicios para conocer la forma en que se estaba moviendo el proceso salud- enfermedad en su entorno y el cambio dinámico que sufrían constantemente sus problemas sanitarios; información que podía contribuir al aumento de su desarrollo individual.

Después de explicarles cómo se evaluaría el desempeño en los que así lo deseaban, se les preguntó si atribuían alguna ventaja al método. Una de las participantes señaló que “iniciar la evaluación del desempeño con una autoevaluación que conllevaría un plan de desarrollo individual, acorde con las deficiencias autodetectadas, a la vez de evaluarnos lo consideraba muy estimulante, pues de esta forma mejoro o adquiero nuevas habilidades, en dependencia de mis necesidades, e incremento la calidad de la atención médica”.

A pesar de esas reflexiones se evidenció cómo estas formas de evaluar han ido condicionando que los participantes, en sentido general, no las perciban como un movimiento en pro de la eficiencia individual o colectiva, pues solo una persona reconoció la calidad de la atención médica como beneficiaria de la evaluación del desempeño.

**Acción N°2:** Identificación de los problemas de salud de su área de atención

**Técnica y procedimiento:** Revisión documental de los principales problemas de salud de su área de atención.

**Objetivo:** Precisar los diferentes diagnósticos de salud identificados por los especialistas del área de salud y agruparlos según su ubicación en los programas nacionales de salud.

El especialista revisa de forma documental los principales problemas de salud que inciden en su área de atención, cuyo número no depende de las personas aquejadas, sino del grado de comprometimiento del médico, la institución y la comunidad con la situación determinada.

El promedio de problemas prioritarios de salud planteados por especialista fue de dos (Anexo 4) y se agruparon según los cuatro programas nacionales de salud. (Anexo 5).

A pesar de que el programa maternoinfantil es el priorizado en el país, solamente fue identificado como preocupante por un especialista, atribuible al hecho de que por ser el que más controles recibía, era el mejor conocido por todos.

Al agrupar los problemas de salud identificados por los especialistas y distribuirlos según programas priorizados, se halló concordancia con lo esperado en la atención primaria, pero no con el orden de importancia conferido por el Ministerio de Salud Pública, lo cual pudiera ser una muestra fehaciente de la objetiva identificación del profesional con su contexto.

**Acción N° 3: Autoevaluación del desempeño**

**Objetivo:** Gestionar, a través de la autoevaluación del desempeño, que se incremente el desarrollo personal del especialista de Medicina General Integral al ser capaz de detectar sus dificultades y proponerse un plan para vencerlas.

**Técnica y procedimiento:** Revisión documental

Los problemas de salud identificados se entrecruzaron con variables extraídas de los perfiles de salida del programa de formación de especialistas de Medicina General Integral, aglutinados en Atención al Individuo, la Familia y la Comunidad y estos a su vez subdivididos en diferentes aspectos para lograr una autoevaluación casi completa del desempeño y constatar cómo se ven ellos mismos en el enfrentamiento de los problemas sanitarios de su entorno. Los resultados promedios se reflejan en el Anexo 6.

El programa con mejores resultados en la autoevaluación del desempeño fue el de las enfermedades transmisibles, que obtuvo un promedio de MB en todos los renglones autoevaluados, el de peores calificaciones fue el maternoinfantil, a pesar del nivel de prioridad establecido por el Ministerio de Salud Pública.

Los programas de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y al adulto mayor, respectivamente, tuvieron resultados muy similares, posiblemente debido a que las primeras son precisamente los padecimientos más comunes en personas de la tercera edad, de manera que las insuficiencias en ambos programas pudieran eliminarse con medidas tendientes a entrenar a los especialistas en el tratamiento de dichas afecciones en general y de los ancianos en particular.

Cabe destacar que en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles hubo una especialista que no identificó acciones de salud necesarias en el seno de la familia ni en la comunidad, lo cual denota la falta de integración que aún se observa en algunos médicos de familia con estos dos componentes tan importantes de la salud social.

Ha llamado la atención el nivel de autoestima en los especialistas, pues solo uno de ellos se autocalificó como deficiente en un aspecto, donde predominaron las evaluaciones de B y R en la mayoría de los indicadores.

El hecho de haber participado en el ejercicio de autoevaluación permitió a los especialistas conocer y corregir sus puntos más débiles en los problemas de salud reconocidos por ellos mismos, al proveerse de una participación real y pertinente en el proceso de evaluación, incrementar su protagonismo en su propio desempeño y evidenciar que poseían mecanismos de autocontrol necesarios para regular su desarrollo, así como también para identificar y fiscalizar sus necesidades, potencialidades y posibilidades de cambio.

#### **Acción N° 4:** Resumen de la autoevaluación

**Objetivo:** Agrupar y organizar los resultados de la autoevaluación del desempeño.

**Técnica y procedimiento:** Taller

Se realizó un taller con todos los especialistas que participaron en el ejercicio de autoevaluación para agrupar y organizar los resultados obtenidos en la autoevaluación del desempeño y poder delimitar las insuficiencias detectadas por ellos.

#### **Acciones de optimización**

**Acción N° 1.** Diseño de planes de formación individual a partir de los resultados de la autoevaluación.

**Objetivo:** Revisar y perfeccionar los planes de desarrollo individual.

**Técnica y procedimiento:** Revisión y corrección del documento: "Planes de desarrollo individual"

El especialista participa en el diseño activo de sus planes de formación individual, lo cual le permite combinar, de forma reflexiva, sus exigencias con las potencialidades que le ofrece el propio contexto para modificar e incrementar su desempeño. Los planes de desarrollo individual fueron confeccionados antes de aplicar la evaluación del desempeño por los grupos básicos de trabajo y la dirección del centro, basados en necesidades de la institución y no en los intereses del especialista.

Se notó un cambio en los planes de desarrollo individual existentes antes de autoevaluar su desempeño, cuando se contrastaron con los problemas de salud identificados por los especialistas en cuestión (Anexo 7).

En cuanto a los planes de desarrollo individual previo a la aplicación del ejercicio, pudo apreciarse que la mayoría carecía de una secuencia armónica, mientras algunos especialistas estaban sobrecargados en ese sentido, otros no tenían plan de superación profesional alguno en sus años de graduados.

Es a partir de este momento cuando los especialistas se hacen partícipes de su propio plan de superación, al aprovechar de forma óptima las bondades de los resultados de la autoevaluación. Estos planes, diseñados en plazos determinados por ellos mismos y su jefe del Grupo Básico de Trabajo, les permiten identificarse aún más con todo el proceso, aceptándolo y reconociéndolo como la recompensa social al esfuerzo desplegado.

Poder disponer de un especialista más competente y con posibilidades de reconocer otras evidencias de actuación profesional, de optimizar los recursos individuales y los que le brinda su contexto, así como capaz de distinguir nuevas necesidades de desarrollo, surgidas de su trabajo diario, dan la medida del carácter desarrollador y formativo de la evaluación del desempeño.

**Acción N° 2:** Informa al Grupo Básico de Trabajo las insuficiencias encontradas en la autoevaluación del desempeño y que no pueden ser resueltas por autogestión.

**Objetivo:** Precisar una información bidireccional entre el especialista y el Grupo Básico de Trabajo en relación con las necesidades de superación individual.

**Técnica y procedimiento:** Revisión documental

Se precisaron con el Grupo Básico de Trabajo las actividades que el profesional no podía realizar de forma aislada, que requería de cooperación institucional para ejecutarlas y que se necesitaba fueran incluidas en el plan de desarrollo individual.

**Acciones de impacto**

**Acción N°1:** Valoración del cumplimiento de los planes de desarrollo individual y que promovieron cambios en los especialistas del Policlínico "30 de Noviembre".

**Objetivo:** Precisar el grado de desarrollo obtenido luego de cumplir las actividades contenidas en el plan de desarrollo individual.

**Técnica y procedimiento:** Taller

El incremento de la calidad individual a partir de la evaluación del desempeño se pudo evidenciar como medida de impacto al valorar los logros individuales antes y después de aplicada la acción. El crecimiento personal y desarrollo del capital humano no solo se puso de relieve por el número de tareas a desarrollar en el período, sino por la calidad de estas.

En la revisión realizada de los últimos cinco años no se había presentado ningún especialista de Medicina General Integral para Especialista de II Grado y solamente uno había matriculado en una maestría semipresencial. Después de la autoevaluación se consiguieron los siguientes resultados:

- Culminación de dos expedientes para obtener el título de Especialista de II Grado en Medicina General Integral, uno de cuyos dueños ya examinó y finalizó con resultados satisfactorios.
- Propuesta de dos especialistas para la obtención de categoría docente.
- Matrícula de dos especialistas en una maestría de amplio acceso.

Se incrementaron las cualidades en el grupo de especialistas evaluados, quienes aprovecharon sus potencialidades para crecerse en cantidad y calidad, con aumento del capital humano en la institución. El sentido de desarrollo que posee esta estrategia, permite siempre alcanzar otras evidencias a través de renovadas autoevaluaciones del desempeño, que posibiliten reactivar los planes de desarrollo individual y proponer nuevas tareas, con lo cual se puso de manifiesto la dimensión proactiva del proceso.

**Acción N°2:** Estimación individual de nuevas necesidades de desarrollo

**Objetivo:** Precisar las nuevas necesidades de desarrollo que emanen de la aplicación de autoevaluaciones consecuentes del desempeño.

Para ejecutar esta acción se impone que transcurra el tiempo necesario para que el desempeño de los especialistas sea nuevamente autoevaluado y revele necesidades de cambio en los planes de desarrollo individual.

En resumen, la autoevaluación del desempeño mostró:

1. Participación inicial de todos los especialistas que laboraban en el área de salud del Policlínico "30 de Noviembre", con el ánimo de que calibraran la importancia que reviste un proceso de evaluación del desempeño a partir de la autoevaluación.
2. Aceptación del proceso por más de 80 % de los especialistas del área vinculados.
3. Insatisfacciones con respecto a las limitaciones en el desempeño profesional y las formas de evaluarlas.
4. Reducido número de especialistas en el área, incremento de la actividad asistencial y docente, falta de instrumentos o medios para la actuación médica y poca atención tutelar;

factores que afectan el desempeño profesional del especialista de Medicina General Integral.

5. No identificación de las supervisiones como formas de evaluación ni de estas como medidas promotoras del desarrollo profesional. No se reconoció por la mayoría que la evaluación del desempeño era un movimiento por la calidad personal.
6. No reconocimiento de la comunidad como posible actor del proceso de evaluación del desempeño, la cual seguía siendo vista como un ente pasivo que recibía la acción y no como el potencial que podía constituir si se empleaban adecuadamente sus posibilidades a través de sus sectores poblacionales.
7. Utilización de los problemas de salud para identificar las necesidades de formación individualizada y producir un cambio en las cualidades profesionales.
8. Autoevaluación del desempeño como evidente dimensión proactiva, promotora de la calidad individual por medio de un especialista de Medicina General Integral más competente, lo cual incrementaría el capital humano.

### **3.2.2 Heteroevaluación del desempeño**

Se realizó un taller con todos los integrantes de los dos grupos básicos de trabajo del Policlínico "30 de Noviembre", los vicedirectores así como y Presidente del Consejo Científico, para persuadirles sobre las ventajas de adoptar medidas encaminadas a implantar procesos de evaluación del desempeño en el área de salud, por medio de un modelo diferente de aquellos que han venido aplicándose y a los que están acostumbrados evaluados y evaluadores.

#### **Acciones de pertinencia**

**Acción N° 1:** Aceptación de los directivos del grupo básico para incorporarse al proceso de evaluación del desempeño como opción de desarrollo institucional.

**Técnica e instrumento:** Grupo de discusión

**Objetivo:** Conocer el grado de aceptación y compromiso que asumirían los directivos de los grupos básicos de trabajo y del centro para enfrentar la evaluación del desempeño de los especialistas como proceso inductor del desarrollo personal e institucional.

La reunión se inició con la explicación de los objetivos perseguidos al aplicar una estrategia para evaluar el desempeño en el área, basada en el diagnóstico expuesto previamente en este informe. En la sesión efectuada se refirieron ideas interesantes por parte de los integrantes de la dirección.

“Considero necesaria la evaluación del desempeño, pero recuerdo que la última vez que me realizaron una, fue cuando me gradué de especialista”.

La doctora que expresó esa idea, reclamaba de este modo la necesidad de que hubiesen evaluado su desempeño a lo largo de tantos años.

La dirección del Grupo Básico de Trabajo se privilegia con poseer los mecanismos necesarios para lograr que el colectivo que rige, marche con una conducción estable y muy bien definida de su quehacer diario; de la misma manera, su función tutelar encaminada a velar por el correcto desempeño del personal asignado, le confiere la facultad de tener confianza en que los propios especialistas puedan actuar de forma autónoma y responsable, así como emitir juicios valorativos ante situaciones coyunturales en la atención médica, sobre la base de su preparación previa y de la experiencia acumulada en compañía de un colectivo laboral que le ha impregnado su propio método.

También una razón que condujo a realizar esta valoración, fue el criterio de una de las integrantes del grupo directivo cuando manifestó su preocupación acerca del hecho de que los especialistas de Medicina General Integral están mejor preparados desde el punto de vista teórico que práctico.

El planteamiento acerca de que los especialistas poseen más preparación teórica que práctica, coincide con lo admitido por ellos mismos en su espacio de discusión sobre la pérdida de habilidades y la imperiosidad de recibir en mayor medida el asesoramiento tutelar aún después de graduados.
--

Una de las funciones principales asignada a la dirección del Grupo Básico de Trabajo es lograr incrementar y evaluar la competencia y el desempeño de los médicos de familia.

Los directivos del grupo básico coinciden con los especialistas al aseverar que “la mayoría de las evaluaciones del desempeño realizadas a los especialistas por medio de supervisiones no son de su interés ni para ellos ni para la comunidad, pues son dirigidas por intereses fuera del territorio, que no siempre concuerdan con nuestros problemas de salud.”



De forma indirecta se corrobora lo expresado por los especialistas acerca de que el trabajo tutelar de los directivos del grupo básico no cumple las expectativas. De igual modo se reitera el criterio de que las supervisiones no son mecanismos de evaluación, aunque el proceso identificado las sigue reconociendo como descontextualizadas.

**Acción N°2** Comparación del Diagnóstico de Salud Atencional de los dos grupos básicos de trabajo con los problemas de salud identificados por los especialistas en sus informes preliminares.

**Técnica e instrumento:** Revisión documental y taller metodológico

**Objetivo:** Corroborar el grado de congruencia entre la identificación de los problemas de salud efectuada individualmente y los diagnósticos de salud atencional realizados por los grupos básicos de trabajo.

Al comparar los problemas de salud identificados por los especialistas con los problemas de salud atencional del grupo básico de trabajo, se observó concordancia entre ellos. No todos los problemas señalados por los especialistas estaban representados en el diagnóstico de salud atencional, ni en frecuencia ni orden de prioridad. El principal problema de salud atencional del área continúa siendo el deterioro del estado de salud comunitaria; situación reconocida como prioritaria por tres de los especialistas encuestados y demostrativa de que tanto el grupo básico como los especialistas supieron contextualizar bien sus prioridades.

Se comparó la identificación de los problemas sanitarios con el diagnóstico de salud atencional y se precisaron los grados de similitud que poseían para poder formular indicaciones encaminadas a solventar situaciones individuales y colectivas. De la misma manera se realizó un taller metodológico, donde además se puntualizaron los planes de desarrollo individual, pues algunos problemas podían resolverse de forma autogestionada, pero otros requerían el concurso de la administración para lograr ser solucionados. Estas acciones se debatieron en el colectivo, donde se tomaron acuerdos para cumplir en plazos determinados.

**Acción N°3:** Participación de todos los miembros del Grupo Básico de Trabajo en los resultados del proceso de autoevaluación y heteroevaluación y reconocimiento de las dificultades relacionadas con el patrón de desempeño atribuible al especialista.

**Objetivo:** Reagrupar los resultados obtenidos por los miembros de los grupos básicos para concretar las dificultades detectadas por medio del proceso de evaluación del desempeño.

**Técnica e instrumento:** Revisión documental y taller

Las actividades grupales se enriquecen con la participación de toda la comunidad médica y devienen un espacio idóneo para vencer las debilidades encontradas en el proceso evaluativo que se está aplicando, mediante la consolidación de acciones conjuntas. Aquí se ponen de manifiesto las posibilidades de ayuda entre los diferentes especialistas y miembros del grupo y se trazan estrategias que puedan ir más allá de los límites del área de salud para solicitar la cooperación de otros profesionales o instituciones.

La aceptación de los directivos del Grupo Básico de involucrarse de forma activa y consciente en el proceso de evaluación del desempeño a través de la heteroevaluación, utilizando la construcción y conducción del diagnóstico de la situación atencional y contrastándola con la identificación de los problemas de salud de sus especialistas, revelan lo pertinente de esta acción que se mueve hacia el desarrollo de la institución conformada por una actitud flexible, actualizada, con direcciones lógicas, fundamentadas y trabajadas en conjunto y que llevan implícitas soluciones de los problemas atencionales susceptibles de ser corregidos con tareas al alcance del especialista y la tutoría del grupo.

**Acciones de optimización**

**Acción N° 1:** Adaptación de los Programas Nacionales de Salud al Policlínico "30 de Noviembre"

**Técnica e instrumento:** Revisión documental.

**Objetivo:** Identificar el grado de identidad que poseían los Programas Nacionales de Salud Comunitaria con la problemática del área y relacionarlos con los planes de desarrollo individual e institucional.

Otra de las acciones del Grupo Básico y que promueve la evaluación del desempeño con un carácter desarrollador, es la contextualización de los Programas Nacionales de Salud. No se trata de aceptar los programas como tales, sino de adaptarlos al medio donde van a ser aplicados. Un ejemplo de ello consiste en la prioridad que se atribuye al Programa Materno-Infantil con sus dos indicadores básicos: la mortalidad infantil y la materna.

Los indicadores de mortalidad materna en el área se han mantenido estables durante los últimos cinco años, pero los de la infantil siguen siendo un problema de salud, aunque no imputable a los profesionales incorporados al estudio, como se constató en la revisión documental realizada al efecto, lo cual les obligó a dedicarle una mayor atención a las verdaderas demandas sanitarias de

los miembros de su comunidad y a comprometerse en una operación colectiva que demandaba estrategias definidas para poder enfrentar los desafíos existentes en su radio de acción.

Esta situación consistente en contextualizar los programas implica acercar aún más los planes de desarrollo individual e institucional a la realidad local. Al respecto, un funcionario estimó que “los mismos deberían tener mejor organización y planificarse según las necesidades locales.”

Todo esto se ve amparado por la retroalimentación que debe tener el grupo para poder precisar el límite entre lo alcanzado y lo que se aspira a alcanzar, y al mismo tiempo proporcionarle al colectivo las posibilidades para organizar de forma óptima actividades docentes, científicas e investigativas que sean de utilidad individual o colectiva, con vista a obtener los niveles de desarrollo propuestos.

**Acciones N° 2 y 3:** Diseño, aprobación y supervisión de planes de desarrollo institucional a partir de los resultados de la heteroevaluación y de las necesidades surgidas de los programas nacionales de salud contextualizados, con su correspondiente adecuación.

**Técnica e instrumento:** Revisión documental

**Objetivo:** Diseñar y mejorar los planes de desarrollo institucional, incluidas las necesidades surgidas del resultado de la heteroevaluación y de los programas nacionales de salud adaptados al territorio.

Los planes de desarrollo de la institución están muy vinculados con los planes de desarrollo individual, pues unos no pueden concebirse al margen de los otros. Ambos necesitan motivación y voluntad política para enfrentarlas. Después de aplicadas la autoevaluación y heteroevaluación, la institución determinó que los especialistas evaluaran la factibilidad de modificar su plan de desarrollo individual y en conjunto llevar a cabo el institucional, lo cual fue aprobado por el Consejo Científico de la Unidad (Anexo 8).

Se observa que distó mucho el plan inicial del que se cumplió posteriormente, pues el último estaba encaminado a suplir las necesidades reales detectadas en la evaluación del desempeño.

Utilizar los planes de desarrollo institucional, adaptarlos para eliminar las insuficiencias individuales e institucionales y lograr que se correspondan con los programas de salud contextualizados, ofrecen otra evidencia de lo preciso del proceso de evaluación del desempeño, pues propician la oportunidad de adecuar los recursos materiales y el capital humano a las necesidades de desarrollo individual y colectivo.
--

**Acciones N° 4 y 5:** Organización de materiales docentes y compilación de materiales de consulta

**Técnica y procedimiento:** Jornadas, talleres, mesas redondas, recopilación de materiales docentes, actualización de materias

**Objetivo:** Incrementar las actividades docentes y los materiales de consulta, encaminados a suplir las necesidades identificadas en la autoevaluación y heteroevaluación del desempeño de los especialistas del Policlínico "30 de Noviembre".

Las actividades docentes se modificaron en cuanto a su programación. A partir de la consecución de las diferentes etapas de la evaluación del desempeño, fueron programadas en dependencia de los requerimientos reflejados en la autoevaluación y heteroevaluación del desempeño. A manera de ejemplo se citan algunas:

- Participación de los especialistas y algunos dirigentes del Grupo Básico de Trabajo en dos cursos precongresos con enfoque comunitario: el Congreso Internacional de Hipertensión Arterial y al Congreso Caribeño de Neumología.
- Donación de materiales de consulta por algunos profesores para actualizar la biblioteca del centro que permitió incrementar la bibliografía médica impresa y electrónica.

La participación consciente de los especialistas de Medicina General Integral y los dirigentes de la institución en las actividades de la heteroevaluación, da cuenta de la conformidad con la aplicación del proceder. Por otra parte, la actualización además de la biblioteca con materiales docentes en formato papel y digital incentivó a otros miembros de la unidad a interesarse por una mayor permanencia y utilización de estos recursos.

### **Acciones de impacto**

**Acción N° 1:** Valoración crítica de los resultados obtenidos por medio de los planes de desarrollo institucionales y que promovieron cambios en la situación de salud atencional del área.

**Técnica y procedimiento:** Talleres y análisis documental

**Objetivo:** Valorar los resultados obtenidos por medio de los planes de desarrollo y estimar los cambios que se produjeron.

El impacto, consecuencia esperada a más largo plazo, se pone de manifiesto a través de todas estas acciones en función de incrementar la calidad institucional. En este caso no solo se evidenció a través del resultado de sus actores, sino mediante la promoción de los especialistas y funcionarios

hacia avances personales, que se materializan en metas más ambiciosas y objetivos determinados, reveladores de características diferentes del proceso salud-enfermedad y susceptibles de ser evaluados de forma periódica. El área sirve de centro de referencia para la Salud Mental, pero estaba creado y reconocido antes de aplicar la presente estrategia. La realización de nuevos talleres de desempeño y el análisis sistemático de situaciones inherentes al desarrollo de la institución en los consejos científicos, son ejemplos que pusieron de relieve la frecuencia y calidad de lo logrado a partir de la aplicación de la estrategia y la aplicación de nuevos propósitos en dependencia del progreso alcanzado.

**Acciones Nº 2 y 3:** Estimación institucional de nuevas necesidades de desarrollo y análisis del incremento de la calidad en la unidad asistencial.

**Técnica y procedimiento:** Talleres de desempeño y análisis documental

**Objetivo:** Precisar los avances posibles a los que puede aspirar la institución, en dependencia del incremento de la calidad de su funcionamiento y la detección de las necesidades de desarrollo.

Estas dos actividades, que se obtienen a mayor plazo que las anteriores, resultarán de extrema importancia al consolidar las posibles modificaciones en el desarrollo institucional, derivadas del análisis que se realice de las imperiosidades de crecimiento sobre la base de sus potencialidades reales para crecerse.

Para satisfacer las necesidades de desarrollo personal e institucional, mantener los avances logrados y hacer frente a los retos de poder implementar en el área los programas nacionales de salud y condicionarlos a la problemática local, poder movilizar a la institución al desarrollo y tener una respuesta regulada a través de mecanismos de retroalimentación, se necesitan profesionales bien preparados y mejor conducidos. Aún no se ha producido un cambio sustancial en los servicios de salud prestados en el Policlínico "30 de Noviembre", que reflejen una reforma tangible de los mismos; pero se vislumbran modificaciones en favor de la calidad asistencial que pueden lograr, al poseer las condiciones creadas al efecto y contar en estos momentos con capital humano e institucional que la respalden.

En resumen se tiene:

1. Aceptación por parte de la dirección del Grupo Básico de Trabajo para participar en la estrategia de Evaluación del Desempeño de los Especialistas de Medicina General Integral, aunque puntualizan la necesidad de aplicarla de forma sistemática.

2. Reconocimiento, por parte de los dirigentes de la unidad, de la pérdida de habilidades de los especialistas, que pueden comprometer los resultados de su trabajo.
3. Identificación de los problemas de salud por los especialistas, que concuerdan con los existentes en el área, pero no con los evidenciados en los diagnósticos de salud atencional realizados por los integrantes de los grupos básicos de trabajo.
4. Contextualización de los programas nacionales de salud comunitaria a las necesidades del territorio.
5. Producción de cambios cualitativos y cuantitativos en los planes de desarrollo individual e institucional después de aplicada la estrategia.
6. Consolidación de las bases para proponerse un incremento del capital institucional con nuevas y renovadas metas

### 3.2.3 Coevaluación del desempeño

La comunidad, que además de espacio geográfico comparte normas de convivencia, historia, proyectos e intereses comunes, identifica al especialista como el principal gestor de su estado de salud y le atribuye responsabilidades que muchas veces están por encima de las capacidades resolutorias del profesional y el sector.

Es por eso que deben existir una compenetración y un escenario de comunión imprescindibles, que delimiten hasta dónde llegan las responsabilidades profesionales y comienzan las obligaciones sociales para que pueda cumplirse la función asignada a ellos.

#### **Acciones de pertinencia**

**Acción N° 1:** Comprobación de los problemas de salud de la comunidad, precisados en los análisis de la situación de salud y delimitación de las necesidades reales y sentidas de la población.

**Técnica y procedimiento:** Talleres comunitarios y análisis documental

**Objetivo:** Comprobar los problemas de salud diagnosticados con las necesidades reales de atención en la comunidad.

La discusión de los problemas de salud comunitarios con la población es una actividad que tiende a acercarse cada vez más a los participantes, al propiciarles momentos de compenetración y

entendimiento. En el análisis de la situación sanitaria se evidencian formas de enfrentar eventualidades que solo podrían concretarse con la intervención mancomunada de profesionales de la salud y pobladores del área. Cada día, las acciones de salud están más vinculadas a objetivos relacionados con aspectos educativos y de modificación de estilos de vida, que solo resultan efectivas cuando converge la participación de los representantes del sector de la salud con la de los miembros a los cuales van dirigidas; por ello, cuando se revisan los elementos educativos incluidos en el análisis de la situación de salud y las opiniones de los convivientes, se observa que fueron examinados y discutidos en conjunto para poder adoptar las medidas que garanticen su ejecución.

**Acción nº 2:** Participación de la comunidad en las acciones de promoción de salud requeridas para poder dar respuesta a las imperiosidades emanadas del diagnóstico de salud educacional

**Objetivo:** Despertar en la población el interés por participar más activamente en acciones comunitarias, unida a los sectores de la salud que la componen.

**Técnica e instrumento:** Taller comunitario y audiencias sanitarias

La comunidad aceptó con beneplácito las acciones de promoción de salud propuestas por medio de los talleres comunitarios y las audiencias sanitarias, donde participaron médicos de asistencia, dirigentes del Grupo Básico de Trabajo y representantes de sectores implicados. Los pobladores del área identificaron como propias las acciones de salud, convencidos de que estaban destinadas a modificar favorablemente su estado actual, aun cuando muchas veces no recibían con agrado las indicaciones porque significaba modificar hábitos y estilos de vida arraigados por muchos años.

Los problemas de salud fueron analizados en la comunidad, donde los habitantes del área los perfilaron con sus vivencias y expusieron además sus necesidades reales y sentidas, muchas de ellas relacionadas con otros sectores, lo cual puso de manifiesto cuán provechoso es conseguir la intersectorialidad para resolver problemas locales y generales que afectan el bienestar de la población. El diagnóstico de salud educacional, que no es más que la etapa que esclarece el análisis de la situación de salud al comprometer a la comunidad con la aceptación y búsqueda de la solución de sus problemas, crea el marco propicio para discutir con sus miembros a través de audiencias sanitarias donde participan todos los implicados, lo cual le confiere un carácter integrador y dinámico.

La multicausalidad de los problemas de salud impide su solución por un solo sector, por lo que la participación de la sociedad en las acciones de salud redundan en lo pertinente de esta parte del proceso, pues en ella se potencian las mismas a medida que se involucra con los demás sectores, si bien con la obligación de ir incorporando conocimientos sobre educación sanitaria a través de la labor médica, la conducción de la institución, la participación comunitaria e intersectorial y la selección de los promotores de salud social en la comunidad, guiados todos acertadamente hacia la consecución de una salud integral con la intervención de todos los actores .

La comunidad, al precisar de mecanismos de regulación que le faciliten cómo mantenerse actualizada de forma óptima y acorde con sus prioridades, utiliza sus actores sociales, quienes la apoyan para poder emprender las acciones requeridas a ese nivel y atender las expectativas, necesidades y demandas de salud que se suceden a diario y se modifican de manera dinámica; todo lo cual exige un esfuerzo sostenido que conduzca a considerar y diseñar planes de desarrollo en materia de proyecto de salud comunitaria.

Otra de las actividades más frecuentes en la comunidad, son las audiencias sanitarias. Una forma muy útil de promoverlas, es permitiendo que sean los propios actores sociales los que las impartan, a fin de que sometan a debate las acciones sanitarias más convenientes y propongan soluciones para los problemas de salud detectados.

La comunidad, componente activo del equipo sanitario, interviene junto a sus sectores en función de mejorar la calidad de los servicios de salud que recibe y asume la capacidad que tiene para convertirse en el eje principal de las acciones de salud social.

### **Acciones de optimización**

**Acción N° 1:** Selección de los actores sociales y sectores necesarios para poder solucionar las necesidades detectadas.

**Objetivos:** Seleccionar los actores sociales y sectores que contribuirán a realizar las acciones comunitarias e intersectoriales en el área.

**Técnica e instrumento:** Análisis documental y taller comunitario

La selección de actores sociales va a estar determinada por el grado de compenetración del especialista con su comunidad, puesto que son miembros de esta última que ofrecen una ayuda inestimable para resolver cualquier problema de salud que se presente.



Los sectores se identifican como componentes institucionales que radican en el área y generalmente cooperan en la solución de la gran mayoría de los problemas sanitarios del entorno.

**Acciones N° 2,3 y 4:** Diseño y realización de planes de desarrollo de los proyectos intersectoriales contextualizados

**Técnica e instrumento:** Análisis documental y talleres comunitarios

### Objetivos

- Gestionar planes de desarrollo comunitario, cuya salida pueda ser materializada por medio de proyectos intersectoriales.
- Realizar en conjunto proyectos intersectoriales que resuelvan total o parcialmente los problemas de salud identificados.

Consecuentemente con la evaluación del desempeño, la dirección del Grupo Básico de Trabajo, en coordinación con los especialistas de Medicina General Integral, elaboraron planes de desarrollo en función de aplicar proyectos intersectoriales que se adecuaran al análisis de situación de salud discutido en la comunidad; pero se impone tener en cuenta que no todos los problemas sanitarios identificados se resuelven con proyectos intersectoriales ni todos los proyectos intersectoriales programados surgen o dan respuesta a los problemas de salud identificados por los especialistas evaluados.

Tanto los proyectos intersectoriales como los problemas de salud tienen particularidades que exigen soluciones diferentes, de modo que la capacidad de gestión para aplicar unos o resolver otros depende en primer lugar de la naturaleza de su origen, del trayecto evolutivo, del grado de complejidad y de las factibilidades resolutivas por medio de acciones biomédicas, económicas, sociales o combinadas.

Cuando se analizó el cuadro básico general de salud del área "30 de Noviembre", se halló que no todos sus integrantes eran los especialistas de Medicina General Integral a quienes se había evaluado su desempeño, pues otros profesionales estaban también comprometidos con la ejecución de labores asistenciales y docentes dirigidas a la población, los cuales resultaban igualmente responsables de mantener o incrementar su buen estado de salud y de identificar sus problemas

sanitarios para tributar a una base de datos institucional, a fin de que los funcionarios del policlínico pudieran diagnosticar completamente y con certeza la situación de salud. Por esa razón existen proyectos intersectoriales socializados que no incluyen la situación sanitaria descrita inicialmente por los especialistas, en unos casos porque no la consideran como un problema, en otros porque no la identifican como tal y finalmente porque es informada por otros integrantes del equipo básico de salud.

Antes de evaluar el desempeño existían dos proyectos de intervención, ambos controlados por la Vicerrectoría de Investigaciones del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba e inscritos en el Registro Provincial de Investigaciones de Salud. Los dos estaban encaminados a resolver problemáticas relacionadas con las enfermedades crónicas no transmisibles en el área:

- Escuela de diabetes mellitus como modalidad de tratamiento
- Terapia de Bach en la hipertensión arterial

Como se observa, dos de las enfermedades crónicas no transmisibles fueron identificadas y conducidas previamente a ser tratadas por medio de proyectos intersectoriales que incluían acciones sanitarias, educacionales y agrícolas.

Luego de evaluar el desempeño, aumentó la motivación por incorporar la solución de otros problemas a través de la socialización de proyectos intersectoriales, de manera que se presentaron al Consejo Científico del Policlínico las siguientes temáticas, con vista a su aprobación:

- Intervención educativa sobre salud sexual en adolescentes de la Secundaria Básica "Félix Varela" (Registrado)

En el diagnóstico de la situación de salud del Policlínico se incluye la presencia de una secundaria básica como área clave, pues en la zona conviven actualmente siete adultos jóvenes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Teniendo en cuenta el tiempo de incubación de la enfermedad y el origen de su transmisión, las acciones sanitarias deben estar encaminadas a promover medidas preventivas lo más enérgicas posible para disminuir el riesgo de contagio en la población más proclive a iniciar tempranamente las relaciones sexuales y más necesitada de educación sexual acerca de los riesgos y medios de protección. La atención a

personas viviendo con VIH/SIDA fue notificada por uno de los especialistas entrevistados al identificar los problemas de salud en el sector poblacional.

- Calidad de la atención prenatal en el Policlínico "30 de Noviembre" (en fase de preparación de registro)

La atención prenatal consecuente garantiza la disminución de la mortalidad maternoinfantil, y del bajo peso al nacer que constituyen elementos importantes en el diagnóstico de salud del área y su recuperación depende de otros sectores que pueden participar en el proyecto.

- Calidad del programa de hipertensión arterial en el Policlínico "30 de Noviembre" (en fase de preparación de registro)

La calidad de la atención a pacientes hipertensos fue objeto de investigaciones anteriores en el área y sirvió de argumento para escoger al Policlínico como referencia para esta investigación al no haberse resuelto la problemática descrita en ella, lo cual confirma la necesidad de realizar estudios de intervención intersectoriales que incluyan acciones de educación, así como de organizaciones sociales.

- Manos al aire. Proyecto educativo para la prevención de la drogadicción

El área está ubicada en una zona con condiciones favorables para el consumo o comercialización de cualquier tipo de drogas. Aunque no está marcado como un problema de carácter imperioso la adicción a drogas duras, sí existen evidencias de un aumento del índice de alcoholismo, cuya toxicomanía puede inducir a la práctica de otras de mayor repercusión social, por lo que se prevé la aprobación de este proyecto para ponerlo rápidamente a disposición de la población en riesgo.

- Escuela de alcoholismo. Intervención para disminución del índice de alcoholismo en el área.

Por la presencia de focos de adictos al alcohol se intenta trabajar con las familias de los afectados por ser más propensos a adquirir el hábito. En el proyecto pueden intervenir instituciones educativas, gastronómicas, culturales y productoras de ron, entre otros sectores.

Se evidencian las posibilidades de desarrollo por medio de una mayor incorporación a las actividades comunitarias e intersectoriales por parte de la población y los especialistas que realizan los proyectos, una vez conocidas las necesidades reales y sentidas de la comunidad a la hora de enfrentar sus situaciones de salud.

### Acciones de impacto

**Acciones N° 1 y 2:** Evaluación del cumplimiento de los proyectos intersectoriales según plazos establecidos y estimación institucional de nuevas formulaciones de proyectos intersectoriales

**Técnica e instrumento:** Análisis documental y talleres comunitarios

**Objetivos:** Evaluar el cumplimiento de los proyectos intersectoriales y elaborar nuevos en dependencia de las necesidades detectadas.

La socialización de proyectos intersectoriales sirve para resolver la problemática sanitaria en la comunidad, basada en la lógica de las alteraciones de salud. No es necesario que estos hayan sido terminados para percibir el avance hacia una población más saludable, pero si es imprescindible que estén identificados los problemas y las posibles soluciones para poder actuar en consecuencia.<sup>128</sup>

La evaluación del cumplimiento de los proyectos intersectoriales permite medir su impacto en la promoción de una comunidad más saludable. Estos resultados se obtienen a largo plazo y no por el hecho de existir el proyecto; aunque sí dan la medida del cambio propuesto e inducen al especialista, la institución y a la comunidad a mantener una búsqueda constante de nuevas y mejores imágenes, en función de modificar el estado de salud de la población.

Se produjo un incremento considerable de proyectos intersectoriales después de aplicada la estrategia, demostrativo de la promoción del área hacia una comunidad más saludable, que comparte y utiliza sus recursos para mejorar el estado de salud de sus integrantes.

A modo de resumen puede especificarse que la coevaluación propició:

1. Oportunidad y acercamiento de los diferentes factores de la comunidad a la solución de problemas conjuntos.
2. Modificación y elaboración de planes de desarrollo comunitarios, algunos de los cuales representaron sus salidas por medio de proyectos intersectoriales de salud comunitaria.
3. Incremento de la calidad de los proyectos intersectoriales al estar más relacionados con aspectos identificados en los diagnósticos de salud del área.

### 3.3 Corroboración de resultados. Técnica de Triangulación

---

<sup>128</sup> A. Dabdoub, A. Aguirre, T. Medina: Políticas municipales de desarrollo humano. 2002

En epígrafes anteriores se expuso detalladamente cómo fue dándose salida a las diferentes etapas de la estrategia aplicada por medio de instrumentos evaluativos, grupos de discusión, revisión documental y talleres de desempeño, entre otros mecanismos.

Para corroborar sobre bases científicas tanto la validez como las posibilidades de generalización de la estrategia implementada, se precisa una vez aplicada, verificar sus resultados. Para ello se utiliza la técnica de triangulación, que permite certificar la credibilidad de la información proveniente de disímiles fuentes con el objetivo de compararlas entre sí mediante el control cruzado.

Entre los tipos existentes se escogió para este caso la triangulación temporal,<sup>129</sup> consistente en la aplicación total o parcial de los pasos previamente diseñados en el mismo escenario, pero en diferentes momentos y circunstancias. La misma se aplicó a los dos especialistas que inicialmente no accedieron a participar y que luego, de forma espontánea y sumados a otra profesional de reciente incorporación al centro, contactaron al investigador para ser aceptados dentro del proceso. Esta coyuntura fue aprovechada para implementar una estrategia que permitiera certificar la veracidad de este proceder. Al indagar las causas por las cuales decidieron incorporarse los dos especialistas que rehusaron hacerlo inicialmente, manifestaron haber observado las ventajas que tuvieron sus colegas incorporados al principio de comenzada la evaluación.

Las acciones diseñadas para realizar la triangulación fueron, al igual que en la estrategia inicial, de pertinencia, optimización e impacto. Conviene acentuar que los objetivos perseguidos en las diferentes etapas de la triangulación fueron los mismos que en la parte inicial de la estrategia y que algunos pasos fueron incluso obviados.

### **3.3.1 Autoevaluación del desempeño**

**Técnica y procedimiento:** Autoevaluación del desempeño

La identificación de los problemas de salud de los especialistas que participaron en la segunda etapa del proceso, se plasma en el anexo 9; y la agrupación, considerando los programas nacionales, en el anexo 10. El promedio de problemas prioritarios planteados por especialista fue de tres.

Las diferencias con respecto a la aplicación inicial fueron muy pocas, pero en esta etapa los especialistas lograron ser más específicos al identificar los problemas de salud. La especificidad de

---

<sup>129</sup> G.Pérez: Investigación cualitativa. Retos e interrogantes, 1993

mencionar un factor de riesgo como el hábito de fumar, cuantificado en el programa de las enfermedades crónicas no transmisibles y la minusvalía o discapacidad en el de atención al adulto mayor, evidenció la minuciosidad del análisis realizado por estos profesionales. Uno de ellos señaló que la higiene bucal deficiente era otro problema a tratar en su comunidad, lo que también da la medida de cuánto se está expandiendo la visión de los especialistas al acercar más sus problemas prioritarios a situaciones más comunitarias e interdisciplinarias; condición que debieron tener muy en cuenta, pues ello solo se logra cuando se contextualizan los problemas y no cuando se transcriben patrones de identificación preestablecidos. Esta última se cuantificó entre las enfermedades crónicas no transmisibles como lo establece el programa.

Se entrecruzaron los problemas de salud identificados con las variables extraídas de los perfiles de salida del programa de formación de especialistas de Medicina General Integral.

A diferencia del grupo anterior solamente se encontraron dos calificaciones por debajo de MB. (Anexo 11). El especialista que planteó sus dificultades con respecto a lograr la ganancia de peso en la embarazada escribió en la planilla que acciones como la entrevista y la transcripción en la historia clínica individual no procedían, por lo cual fue necesario que al discutir el plan de desarrollo individual, como no se lo programó por encontrarlo irrelevante, el Grupo Básico de Trabajo le hizo el señalamiento para que lo incorporara como una necesidad de capacitación individual.

También se observó un cambio en los planes de desarrollo individual previos a la aplicación de la autoevaluación del desempeño cuando se contrastaron con la identificación de los problemas de salud realizada por los especialistas encuestados (Anexo 12).

Al igual que en la aplicación de la estrategia, los planes de desarrollo individual están mas relacionados con la problemática detectada. Dos de los especialistas matricularon maestrías de amplio acceso.

En resumen, en la autoevaluación del desempeño durante la etapa de triangulación se constató un incremento en la calidad de los planes de desarrollo, pero lo más llamativo en este proceso fue la incorporación voluntaria de dos profesionales que inicialmente habían rechazado la actividad.

### **3.3.2 Heteroevaluación del desempeño**

**Técnica e instrumento:** Revisión documental

Se compararon los problemas de salud identificados por los especialistas con los de salud atencional reconocidos por el Grupo Básico de Trabajo y se observó que había correspondencia entre ellos.

**Técnica e instrumento:** Revisión documental y taller metodológico

Se confrontó la identificación de los problemas de salud con el diagnóstico de salud atencional en busca de semejanzas y diferencias para ser utilizadas en la promoción de conductas que aportaran soluciones lógicas. Los planes de desarrollo individual fueron discutidos colectivamente y al unísono corregidos, de forma tal que el especialista conociera desde el primer momento cuales conductas debía autogestionar y cuáles la institución se encargaría de proporcionárselas.

**Técnica e instrumento:** Revisión documental

La contextualización de los programas nacionales de salud comunitaria es otra de las tareas que corresponde delimitar y resolver a la institución con sus especialistas. Resurgen también como una prioridad para este segundo grupo las enfermedades crónicas no trasmisibles, por lo que a pesar de que los funcionarios del centro tienen como problema prioritario la deficiente salud ambiental, se vieron obligados a dirigir su mirada hacia lo relacionado con estas afecciones, por lo que puede considerarse como un mecanismo efectivo de retroalimentación institucional. Sobresale una vez más que la variación está en el orden de frecuencia y prioridad otorgado a los problemas en las denominaciones nacionales, luego de haber sido discutidos y adaptados a cada territorio.

Estos profesionales se beneficiaron con la modificación de los planes de desarrollo institucional aprobados previamente por el Consejo Científico, pues los concernientes a su desarrollo individual variaron en dependencia de sus necesidades personales. De igual forma, las acciones de impacto que deben sucederse a largo plazo, se insertaron con las realizadas al primer grupo de especialistas.

### 3.3.3 Coevaluación del desempeño

**Técnica e instrumento:** Taller comunitario

Las actividades donde interviene el especialista identificado plenamente con su población, que lo reconoce, acepta y participa con él en acciones promotoras de salud, son siempre muy bien aceptadas por la comunidad. Es por ello que los pobladores del área admiten nuevamente las

acciones propuestas, modifican prioridades, aportan líderes formales para su ejecución y analizan conjuntamente los cambios que se operan en su escenario, aprobando y compartiendo los talleres comunitarios realizados.

Para el diagnóstico de salud educacional se utilizan promotores de salud comunitaria, que entonces son los encargados de velar porque la salud social de la zona se mantenga e incremente. Proceden de diferentes grupos etarios y ocupacionales, son entrenados por el profesional y la institución en beneficio de la comunidad y participan públicamente a través de audiencias sanitarias.

La ejecución de proyectos intersectoriales es un proceso que requiere de mucha dedicación; sin embargo, luego de aplicada la primera parte de la estrategia a este segundo grupo de profesionales, dos de ellos, que habían identificado como problema de salud la atención al adulto mayor, en estrecha relación con la psiquiatra del área presentaron una propuesta de proyecto que en el momento de escribir este informe se encontraba en fase de aprobación por el Consejo Científico y que trata sobre "Eficacia de la intervención educativa sobre salud mental en el adulto mayor"; aspecto muy sensible y propicio ya que no se circunscribe al radio de acción de ambos especialistas, sino que se extiende a toda el área de salud de este centro asistencial en el nivel primario.



### CONCLUSIONES CAPÍTULO 3

1. Los resultados de investigaciones realizadas con anterioridad en el Policlínico "30 de Noviembre" y las características propias de la unidad, justificaron la ejecución del presente estudio en esa área, donde era evidente la necesidad de programar un seguimiento educativo de los especialistas de Medicina General Integral que allí laboran. Luego de aplicados los métodos y técnicas investigativos, los citados profesionales comenzaron a percibir la evaluación del desempeño como un proceso integrador para su crecimiento personal y como vía para incrementar su competencia clínica. La factibilidad de la aplicación de la estrategia de gestión empleada para evaluar el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral, pudo ser comprobada al administrarla de nuevo por el método de la triangulación, que proporcionó resultados similares a los obtenidos previamente, caracterizados por un marcado incremento del crecimiento personal, institucional y comunitario con las acciones derivadas de su utilización.
2. El hecho de aceptar la autoevaluación como vía para elevar su desarrollo, le confiere al especialista un papel protagónico en su propio crecimiento, al mismo tiempo que potencializa el aumento del capital humano y pone de relieve la dimensión proactiva del proceso. Del mismo modo, el Grupo Básico de Trabajo aceptó que la heteroevaluación es el mecanismo que refuerza las necesidades reales de superación del especialista y como vía de desarrollo para la propia institución, al propiciar que se evidencie la dimensión propositiva del proceso evaluativo, la cual evidenciará las metas que se proponga alcanzar el capital institucional. Asimismo la comunidad, junto a los sectores que la integran y como parte del colectivo que labora, es capaz de utilizar la coevaluación como medio de crecimiento al lograr que aumente el capital social, que se desempeñará en una comunidad con condiciones para participar más activamente en la solución de sus propios problemas; todo ello conducirá a que mejore la calidad de los servicios y, en consecuencia, la salud de todos sus miembros, de donde se derivará la dimensión proyectiva de la evaluación del desempeño
3. Los especialistas de Medicina General Integral del Policlínico "30 de Noviembre" utilizaron el escenario laboral como medio para incrementar su propio desarrollo, lo cual les proporcionó

sin dudas mayor independencia y resolución individual. De la misma manera, junto con el Grupo Básico de Trabajo se pudieron adecuar los programas nacionales al territorio. Si bien los problemas de salud no fueron exactamente iguales a los detectados por los grupos básicos de trabajo, ello da la medida del grado de compromiso e identificación que tienen los especialistas y la institución con su entorno laboral, lo que propicia parámetros de calidad institucional. La comunidad, parte integrante y activa del colectivo, supo participar y cooperar en la realización de los proyectos intersectoriales para solucionar total o parcialmente los problemas de salud identificados, diagnosticados y analizados previamente.

4. El papel formativo de la evaluación del desempeño se evidenció tanto en cantidad como calidad de los resultados obtenidos, donde sobresalen, entre otros, la modificación cualitativa de los planes de los objetivos de desarrollo personal e institucional, la identificación del lugar donde labora el especialista como fuente de crecimiento individual y la incorporación de proyectos intersectoriales de salud comunitaria a la solución de problemas sanitarios detectados en el área.

## CONCLUSIONES GENERALES

## CONCLUSIONES GENERALES

6. La evaluación del desempeño se identifica como dinamizador de cualidades esenciales con un componente social relevante. La autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación se constituyen en síntesis de los procesos que propician el desarrollo individual, institucional y comunitario, regulados por mecanismos de control que inducen a que se refuerce la apropiación de los objetivos de desarrollo individual, se aprovechen los programas nacionales de salud comunitaria para ser adaptados al territorio y se puedan realizar proyectos intersectoriales que sirven para que tanto el especialista de Medicina General Integral, el grupo básico de trabajo que representa la institución como la comunidad donde todos laboran incrementen su capital humano, institucional y social respectivamente, emergiendo así las dimensiones que potencian el carácter formativo que posee el proceso de evaluación del desempeño. De la misma forma este incremento del capital individual, institucional y comunitario encuentran en la evaluación del desempeño profesional una vía para reforzar su desarrollo, impactando en la calidad de la atención que se brinda al disminuir de forma indiscutible las insuficiencias en el desempeño profesional del citado especialista.
7. La evaluación del desempeño del especialista de Medicina General Integral, tiene como objetivo gestionar un proceso asociado al desarrollo personal, institucional y comunitario, intentando disminuir el espacio existente entre las necesidades y posibilidades del desempeño médico y la estimulación desarrolladora que promueven las acciones de salud social. Tanto en la autoevaluación, heteroevaluación y en la coevaluación el producto que se obtiene expresa mejor calidad que el que le dio origen, reforzando la presencia de un proceso de gestión individual, institucional y comunitaria y que es aplicada a través de una estrategia diseñada a cumplir en plazos determinados y por medio de indicadores de calidad representados por la pertinencia, la optimización y el impacto.
8. La autoevaluación, heteroevaluación y coevaluación, utilizados para evaluar el actuar profesional de los especialistas de Medicina General Integral, favorecen a que se reconozca la función formativa de la evaluación del desempeño al fusionar de forma coherente lo individual, institucional y lo comunitario, reforzando el papel social de la medicina actual. De

la misma manera, contribuyen a que emerjan las imperiosidades que tiene el especialista y las posibilidades de crecimiento de su propio desempeño, promoviendo así que se estimule el desarrollo de acciones que instan al cambio favorable de los problemas de salud demostrando que la relación entre la detección de las necesidades y posibilidades del desempeño médico y la estimulación desarrolladora de acciones promotoras de salud social, dinamizan el proceso.

9. La aplicación del modelo permite además que se establezcan una serie de relaciones entre los subprocesos que forman parte del mismo y que están compuestos por variables que contienen las que resaltan el actuar del profesional, las que inducen su desarrollo, las que organizan las acciones de salud social y las que controlan el proceso evaluativo. De igual manera se establece un sistema de relaciones entre las dimensiones donde se evidencian las cualidades que las distinguen y que dan cuenta de la gestión que se establece para que emerja el capital humano, institucional y social, todo lo cual conduce a que se manifiesten regularidades que estarán presentes en el proceso de evaluación formativa del desempeño por medio del modelo diseñado.
10. Al aplicar los métodos y técnicas para evaluar el desempeño de los especialistas de Medicina General Integral en el Policlínico "30 de Noviembre" de Santiago de Cuba, se comenzó a percibir al proceso como integrador para su crecimiento personal y como vía para incrementar su competencia clínica. El aceptar la autoevaluación como vía de incrementar su desarrollo, le confiere al especialista un papel protagónico en su propio crecimiento, mientras que el grupo básico supo interpretar las potencialidades de la heteroevaluación para buscar soluciones factibles a las dificultades encontradas. La comunidad, al formar parte activa del colectivo, trabaja mejor en función de gestionar la salud de sus integrantes y por medio de la coevaluación interioriza que la solución de los problemas sanitarios de su entorno pueden ser resueltos con proyectos intersectoriales donde participan todos, lo que demuestra que la estrategia diseñada para desarrollar el proceso de evaluación del desempeño de los especialistas de Medicina General Integral por medio de un modelo de gestión que refleja la amplitud del sistema de salud desde lo individual, lo institucional y lo social da cumplimiento al objetivo trazado.

## RECOMENDACIONES

## RECOMENDACIONES

1. Que se realicen investigaciones donde se profundicen en las competencias que deben desarrollar los profesionales de la salud, pudiendo iniciarse el estudio en diferentes etapas de la formación de los especialistas
2. Complementar la propuesta con estudios que incluyan la evaluación y acreditación institucional de acuerdo a las tendencias actuales de los sistemas de calidad existentes.

## BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre D. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Sup* 2005;19(3)
2. Alemañy P: El modelo del especialista en Medicina General Integral, Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez, Conferencia de Educación Médica Superior, EDUMED, La Habana, 2002.
3. Álvarez A. La calidad. Su implementación y monitoreo. Gerencia Universitaria en Salud. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico. La Habana, 1999.
4. Álvarez, C. La escuela en la vida, Universidad San Francisco Javier, Bolivia, 1995.
5. Arcas P, Beras M, García Brasca F, Rímoli S, Tur, A. Promoviendo vínculos saludables desde la participación ciudadana. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Programa de Salud Familiar. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007 <http://www.alpmf.org/> Consultado. Dic. 2007
6. Arteaga J., Fernández A.: Manual de la enseñanza de la clínica. Educación Médica Superior, Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia, 1999.
7. Becker G.: La inversión en talento como valor de futuro, *Revista Capital Humano*, No 153, Mexico, 2002.
8. Borroto R., Salas R: El reto por la calidad y la pertinencia: La evaluación desde una visión cubana. *Rev. Cub. Educ. Med. Supr.*; 13(1):80-91, 1999
9. Borroto R., Aneiros R.: La comunicación humana y la calidad de la atención médica, Ed., Acosta, R , "Bioética desde una perspectiva cubana", Centro Félix Varela, La Habana, 1997.
10. Borroto R., Reinoso T. Descriptive and comparative study of the populations perception and satisfaction with the doctor-patient relationship in Havana City, Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina de la Universidad de Humboldt, Berlín, 1991.
11. Borroto, R. Lemus, R.E. y Aneiros R: Medicina familiar y educación médica. Atención primaria de salud, Ed., Zambrana G., Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia, 1999.

12. Briones, G.: Preparación y evaluación de proyectos educativos, Convenio Andrés Bello, La Habana, 1995.
13. Bronckbank A, McGill I. Aprendizaje reflexivo en la educación superior. Ediciones Morata.España, 2002.
14. Calvo L.: Autoestima del Trabajador Social. Un espacio para la valoración profesional realizado con modalidad gestáltica, tomado de. [www.fortunecity.es/expertos/industrial/106/trini.html](http://www.fortunecity.es/expertos/industrial/106/trini.html). Revisado en febrero del 2007.
15. Camacho C. Autoestima y motivación. Universidad Nacional Experimental Politécnica. "Antonio José de Sucre".Vice Rectorado de Barquisimeto. Departamento de estudios generales. Barquisimeto, Venezuela.2000
16. Carpio, A.: Evaluación del desempeño de cuarta generación, Recursos Humanos tomado de. <http://www.areasrh.com/recursoshumanos.htm>, Revisado abril del 2007.
17. Casales, J.C.: Psicología Social. Contribución a su estudio, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1989.
18. Casaus, L.: Calidad de la atención en el paciente hipertenso en médicos del Policlínico 30 de Noviembre, Tesis en opción al Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral, Santiago de Cuba, 2002.
19. Castañeda D. Niveles y variables del capital humano asociados a la gestión del conocimiento <http://www.gestiopolis.com/canales/gerencial/articulos/70/nivvargescon.htm>  
Consultado Febrero 2007
20. Castell. P.: La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública. Tesis en opción para alcanzar el título de Dr. en Ciencias. La Habana.2004
21. \_\_\_\_\_: El sistema Nacional de Salud de Cuba, Tesis de Maestría en Educación Médica Superior, CENAPED, La Habana,2002
22. Ceitín J y Gómez,T.: Medicina de familia. La clave del nuevo modelo, Centro Internacional para la medicina de familia, Editorial semFYC, 1997.

23. Chang R M, Alemán L M, Cañizares P M, Ibarra A M. Satisfacción de los pacientes con la atención médica, en *Revista Cubana de Medicina General Integral*,15(5):541-7, La Habana, 1999.
24. Chiavenato I. Administración de recursos humanos, Edición Revolucionaria. La Habana,1979.
25. Chuquisengo R.: Gestión del talento humano. En:  
<http://www.monografia.com/trabajos16/gestion-del-talento/gestion-del-talento.sthtml#intro/06> Revisado Febrero 2007
26. Colectivo de autores. Los métodos participativos. ¿Una nueva concepción de la enseñanza?. Capítulo I. CEPES. 1998
27. Dabdoub, A. C; Aguirre, A, J; Medina, T,R. Políticas municipales de desarrollo humano. Santa Cruz de la Sierra. Municipio saludable. Cooperación Técnica OPS/OMS. Santa Cruz de la Sierra. Bolivia. Nov. 2002.
28. Díaz Barriga A.: El problema de la teoría de la evaluación y de la cuantificación del aprendizaje, en "El examen: textos para su historia y debate", México,DF, UNAM, 1993
29. Díaz L. Perfeccionamiento de la gestión de recursos humanos en Atención Primaria de Salud, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol 1 N°2 1998.
30. Díez, E.: "Autoestima" (Primera Parte), Superación personal y profesional, tomado de <http://www.pnlnet.com> Revisado febrero 2007.
31. Didoni J., y col. Evaluación por competencias como instrumento de retroalimentación de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Departamento de Medicina Familiar FCM, Universidad Nacional de Córdoba Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007 <http://www.alpmf.org/> Consultado. Dic. 2007
32. \_\_\_\_\_. Impacto de la incorporación de estrategias pedagógicas participativas en Medicina Familiar en la formación de grado. Departamento de Medicina Familiar FCM, Universidad Nacional de Córdoba. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007 <http://www.alpmf.org/> Consultado. Dic. 2007

33. Domínguez, C .;Verdecia, E.:“Gestión de calidad en la Atención Primaria de Salud”, trabajo para el Módulo de Gestión del Doctorado curricular, CeeS Manuel F Gran, Universidad de Oriente, 2005.
34. Donabedian, A.:“La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad”, La Prensa Mexicana, S. A. México, 1990.
35. \_\_\_\_\_: La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación., Ediciones Científicas, La Prensa Mexicana, S.A., México, 1984.
36. Estrada J. La medición de la calidad en el servicio, Coopers & Lybrand-Gálgano, 1997.
37. Fernández J. Evaluación de Impacto del Sistema Nacional de actualización y perfeccionamiento (Tesis de grado de Msc). La Habana: ISPEJV; 1997.
38. Ferry G. El trayecto de la formación. Apuntes. Los enseñantes entre la teoría y la práctica. Ed. PAIDOS. 1991
39. Fuentes H , y col. La Universidad y su gestión; una mirada dialéctico – holística, CeeS Manuel F. Gran, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, 2003.
40. \_\_\_\_\_: Una concepción curricular basada en la formación de competencias. CeeS Manuel F. Gran, Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, 2004.
41. González C. Conceptos generales de calidad total.  
www.monografias.comhttp://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.zip Consultado.  
Febrero.2007
42. González V. La profesionalidad del docente universitario desde una perspectiva humanista de la educación. Universidad de la Habana. Ponencia presentada en el I Congreso Iberoamericano de Formación de Profesores, Universidad Federal de Santa María, Río Grande del Sur, Brasil, del 17 al 19 de abril del 2000 <http://www.oei.es> Revisado febrero 2007
43. González, M.: La evaluación del aprendizaje CEPES, 2000 La Habana <http://www.uh.cu/infogral/estudiaruh/postgrado/especialidad%20en%20docencia%20universitaria.rtf> Revisado Septiembre 07

44. Guerra T.: Continuidad y transversalidad en la Educación Médica. El paradigma de la medicina de familia. Ed. Médica, Barcelona, 2005.
45. Hernández O. Desarrollo de la autoestima y la conciencia moral en las contradicciones de la sociedad contemporánea Ponencia al 4to. Encuentro Internacional de Educación y Pensamiento. Rep. Dominicana- 26-28 marzo-2003
46. Horrúitiner, P.: Fundamentos del proceso de formación en la Educación Superior. La experiencia cubana, CEPES, La Habana, 2005
47. Ilizastegui F., Pedroso D. Educación Médica, CENAPED ,La Habana, 1991
48. Kliksberg B. Capital social y cultura. Claves olvidadas del desarrollo. Seminario de alta gerencia. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Material de Apoyo. Guatemala, 27 al 29 de Agosto del 2002.
49. Landon B., Schneider E., Tobias C., Epstein A.: The Evolution Of Quality Management In Medicaid Managed Care. States' efforts to collect performance data and orchestrate quality improvement have increased since the mid-1990s. Health Affairs. Vol.23, Nº.4. 2004.
50. Lazcano, C.; Font, E.: Capital Humano en busca de un contexto, Fac. Economía. Universidad Habana. 2002
51. Lazo J. La Evaluación de la Educación Superior. Sucre, Bolivia: Universidad Alayar "San Francisco Xavier de Chuquisaca";1995.
52. Macías M. Educación ciencia – tecnología - sociedad en la formación general integral del profesional de la salud. Humanidades Médicas, Vol 6, No 18, 2006.
53. Martínez M. El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. Ed. Trillas.2000
54. Martínez R.: Estrategia didáctica para el tratamiento del caso desde la disciplina Psicología del Desarrollo. Tesis en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Santiago de Cuba. 2007
55. Martínez S. y col. Análisis de la Situación de Salud. Material impreso. ENSAP. 2003

56. Mc Donal R. *et al.* Nuevas perspectivas sobre evaluación, Selección para la Educación Técnica y Profesional, UNESCO, París, 2000.
57. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Resolución No.8. Reglamento General sobre Relaciones Laborales, Capitulo X, La Habana, 2005.
58. MINSAP. Resolución 250/06 sobre principios de idoneidad demostrada en los centros de salud, La Habana, 2006.
59. MINSAP: Balance del Sector de la salud de la Provincia Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, 7 de Marzo de 2007.
60. MINSAP: Balance del Sector de la salud, Ciudad Habana, Febrero 2001.
61. MINSAP: Carpeta Metodológica del Ministro de Salud Pública de Cuba para la Atención Primaria de Salud, La Habana, 1996.
62. MINSAP: Encuesta Nacional de Satisfacción, Unidad Análisis y Tendencia en Salud. La Habana, 1990.
63. MINSAP: Investigación Nacional de Calidad en la Atención Médica, Carpeta Santiago de Cuba, Escuela Nacional de Salud Pública, 2004.
64. MINSAP: Ley número 41 de Salud Pública, La Habana, 1983.
65. MINSAP: Organización Desarrollo y Control del Proceso Docente Educativo en la Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba, Área de Docencia e Investigación, 1998
66. MINSAP: Programa de trabajo del médico y enfermera de la familia el policlínico y el hospital, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, 1988.
67. MINSAP: Resolución Ministerial 166/98 del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, 1998.
68. MINSAP: Resolución Ministerial 97/91, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, 1991
69. MINSAP: Reunión Provincial de Especialidades Médicas, Dirección Provincial de Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba, Santiago de Cuba, 2001.

70. MINSAP: Situación actual de los Programas Nacionales de Salud, Investigación, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, 2004.
71. MINSAP: Primer programa de la especialidad Medicina General Integral, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, 1990
72. MINSAP: Anuario Nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública de Cuba, La Habana, 2006.
73. MINSAP: Registro de inscripción de cursos y entrenamientos de postgrado, Vicerrectoría de postgrado del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, 2005.
74. MINSAP: Plan de estudio de la residencia de Medicina General Integral. Ministerio de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Vicerrectoría de desarrollo. La Habana, 15 de julio de 2004
75. Moreno M. El método clínico. Recopilación de artículos. Imprenta FAR, La Habana, 1999.
76. Morera G J.: Concepto de calidad en la asistencia sanitaria. Metodología para su medición, en Memorias del Congreso Neurología 2003, La Habana, 2003.
77. Munich G L. Más allá de la excelencia y de la calidad total, Editorial Trillas, México, 2001.
78. OCDE: Empleo, Trabajo y Seguridad Social de la Organización por la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2002
79. OMS.OPS: Panorama de la salud en la región, Panorama de la Salud en las Américas, Salud en las Américas, Mexico 2007
80. OMS: Evaluación del desempeño en los sistemas de salud, Consejo ejecutivo. 107ª reunión, Informe a secretaría, Ginebra, 2000.
81. OMS: Propuesta de Estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. tomado de <http://www.who.int/health.systems-performance/prerreviewdoc/sprgspanish.pdf> , 2000. Revisado en abril/2005.
82. OMS-UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, . Informe central, *De Alma Ata.*, 1978.

83. OPS/OMS: Informe tercer corte evaluativo de las cooperaciones OPS/OMS/MINSAP. Serie desarrollo de la presentación OPS/OMS en Cuba, Ginebra, 1994.
84. Ordaz. M y col. Monografía sobre el desempeño profesional del médico general básico en la atención primaria de salud. Boletín de Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas. Ernesto Guevara de la Serna. Pinar del Río. 2002
85. Pallares M. Que es la proactividad. Gestipolis. tomado de <http://www.mproactiva.com>. Revisado 11/06/2006.
86. PASCOP/OPS/OMS. Evaluación del desempeño para la educación permanente del equipo local de salud, Publicación Técnica N°.24, junio.1992.
87. Pavón, R.: Evaluación del desempeño, Universidad de Oriente. Santiago de Cuba. 2000.
88. Pérez A., Bustamante L. La evaluación como actividad orientada a la transformación de los procesos formativos. Educ Med Sup. 2004.
89. \_\_\_\_\_. La valoración como elemento constituyente en la solución de los problemas de salud. En : Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
90. Pérez, S.: "La evaluación de los médicos especialistas en formación: la perspectiva del educando", *Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Tortosa, Tarragona, España, 2002*
91. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Material digital. Capítulo II. Paris, 1993.
92. Pozo J. I.: Estrategias para enseñar, estrategias para aprender.... *o cómo ser estratégicos para que nuestros alumnos también lo sean. Ediciones Morata. España. 2003*
93. Pozo J.I., Gómez C.: Aprender y enseñar ciencia. Del conocimiento cotidiano al conocimiento científico, Ediciones Morata. España. 2003
94. Ramos B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad del paciente. Rev. Cubana Salud Pública v.31 n.3. La Habana jul.-sep. 2005
95. Rojas, F.: "Situación y recursos humanos en salud para el desarrollo en Cuba", Revista Cubana de Salud Pública, La Habana, 2003.



96. S/A: ¿Qué es el mejoramiento del desempeño?  
<http://www.reproline.jhu.edu/spanish/6read/6pi/pi.htm>. 2001
97. S/A: La recertificación de los médicos de familia. Editorial. Atención Primaria, Vol. 17. n.2, España, 1996.
98. S/A. 40 preguntas sobre competencia laboral.  
<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/xxxx/esp/xxxv.htm>  
Consultado Febrero 2007
99. Sacristán, G.; Pérez, G.: Gestión por Proyecto. Teoría y Práctica, España 1989
100. Salas R.: La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos, Monografía, CENAPED, La Habana, 2000.
101. \_\_\_\_\_: Evaluación del Desempeño Profesional, 1999
102. \_\_\_\_\_: Evaluación del Desempeño Profesional. Propuesta de un Modelo, CENAPED, La Habana, 1999.
103. \_\_\_\_\_: La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos, 2000.
104. \_\_\_\_\_: La calidad en el desarrollo profesional. Avances y desafíos. Monografía. CENAPED. 2000.
105. \_\_\_\_\_: Evaluación del Desempeño. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, 2005.
106. Sansó S F J. Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción, Revista Cubana de Medicina General Integral, v.18 n.2 , Ciudad de La Habana, 2002.
107. Scriven, J.: Perspectives of currículo evaluation, AERA, Chicago, 1967.
108. Sellares, J.: "La evaluación de la competencia clínica", Tribuna, Coordinador del Grupo de Evaluación de la Competencia de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. En <http://www.diariomedico.com/grandeshist/semfyc/competencia.html> 2004  
Revisado. Febrero 07.

109. Senado, J.;Cabrera, R.;Haro, C.; Hatin, A.; González, H.: "*Análisis de la competencia y el desempeño de los profesionales en un policlínico de la Isla de la Juventud*" en Revista Cubana de Medicina General Integral, v.21 n.1-Ciudad de La Habana, 2005.
110. Stephen S. Integrando la teoría kleiniana y la investigación intersubjetiva del infante: observando la identificación proyectiva. Centro Internacional para la medicina de familia. SemFYC, España 2000
111. \_\_\_\_\_.: La Medicina Familiar y la Educación Médica en artículo compilado por Ceitín, J; Gómez, T., *Medicina de familia. La clave del nuevo modelo*, Centro Internacional para la medicina de familia. SemFYC, España, 1997.
112. Urquiza R. Participación de los usuarios y Gestión de la Calidad en Medicina Familiar. Comisión Directiva de la Asoc. Argentina de Medicina Familiar. Memorias del Primer Congreso Latinoamericano de Medicina Familiar A Distancia 2007  
<http://www.alpmf.org/> Consultado. Dic. 2007
113. Valdivieso V.: *Certificación de especialistas en la Medicina Chilena*. Editorial Revista Chilena de Pedagogía, vol 70, n. 5, Santiago de Chile, 1999.
114. Vázquez, M.: Calidad de la atención en el paciente hipertenso en médicos del Policlínico 30 de Noviembre, Tesis en opción al título de Master en Atención Primaria de Salud, Santiago de Cuba, 2000.
115. Vygotsky, S.: El desarrollo de los procesos psicológicos superiores, Crítica, Barcelona, 1979
116. Vygotsky, S.: Obras Completas, Editorial Pueblo y Educación, ( 1ra Edición), La Habana, 1989.