

Programa de estímulos a la calidad

*Josefina Arellano G.¹
Jorge Enríquez Hernández²*

INTRODUCCIÓN

El interés por encontrar mecanismos para incentivar al personal de salud, buscando elevar la calidad de la atención de los servicios que se prestan a la población, no es tema nuevo en el Gobierno Federal; muestra de ello es este programa que tiene su origen hace 18 años.

Si bien en sus inicios se estableció básicamente como un mecanismo para apoyar la economía del personal de enfermería que laboraba directamente en las comunidades del país, con requisitos que no incluían una evaluación del desempeño y sí un esfuerzo por la capacitación permanente; a lo largo del tiempo ha ido reestructurándose hasta convertirse en una valiosa herramienta de reconocimiento al personal, sobre todo, en parte indispensable de la evaluación de la calidad de la atención que se otorga a los usuarios de los servicios de salud.

Los retos que ha significado su operación y el compromiso de quienes conforman la extensa red de Comisiones y Comités a lo largo del país, ha permitido que se consolide como un reconocimiento basado en evidencias objetivas que año con año busca transparentar su operación.

Si consideramos que la evaluación del desempeño de personal nos permite conocer si el desarrollo de las actividades institucionales responde a las necesidades de la población, para cumplir las metas establecidas en materia de salud, se observa que este programa constituye una herramienta fundamental en la evaluación de la calidad de la atención.

De los diversos métodos utilizados para ello, a partir de 2004 se estableció un mecanismo de evaluación “de 360 grados” o evaluación integral, por considerarse la herramienta óptima para evaluar el desempeño y medir competencias, cuyos resultados permiten diseñar programas de desarrollo, de conformidad con los resultados que ésta arroje.

La evaluación de 360 grados se basa en la recolección de información de múltiples fuentes (jefe inmediato, evaluado, compañeros, usuarios...), lo que permite apreciar de manera integral el resultado de su desempeño, competen-

¹ Funcionaria de la Dirección de Procesos Normativos en Salud/DGCES, SS.

² Director de Procesos Normativos en Salud/DGCES, SS.

cias, habilidades y comportamientos específicos esperados para el logro de los objetivos de la institución.

Los resultados obtenidos permiten detectar áreas de oportunidad del individuo, el equipo de trabajo y la organización, a fin de implementar acciones que permitan una mejora integral en el desempeño organizacional.

Para la obtención de mejores resultados, es necesario que el trabajador conozca las conductas esperadas en su desempeño, así como el resultado de su evaluación, hasta identificar de manera individual las habilidades y competencias que deberá reforzar para tomar decisiones personales en favor de la institución.

ANTECEDENTES

En 1994, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en coordinación con la Secretaría de Salud (SS), implementaron el programa “Enfermeras en Solidaridad”, como una estrategia complementaria a las acciones de apoyo y reforzamiento de la infraestructura en unidades y centros hospitalarios del Gobierno Federal.

Se seleccionó este grupo de trabajo no sólo por constituir el núcleo más numeroso dentro de las unidades de salud en todo el país y ser uno de los eslabones de mayor importancia en la prevención, curación y rehabilitación, sino como reconocimiento a su vocación de servicio público, espíritu solidario y desarrollo profesional.

El programa se regía por cuatro principios básicos:

- Respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización locales
- Impulso a la participación social
- Corresponsabilidad entre sociedad y gobierno
- Transparencia, honestidad y eficiencia en el manejo de los recursos.

Entre sus objetivos, señalaba:

- Otorgar un estímulo económico y apoyar la superación profesional de las enfermeras con mejor desempeño, calidad humana y probada eficiencia;
- Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, la competencia creativa del personal, su acción comunitaria y el trato adecuado a los usuarios, para contribuir a superar la calidad y calidez de los servicios de salud;
- Impulsar el reconocimiento de la sociedad al personal de enfermería y favorecer la participación de la comunidad en los programas y servicios de atención a la salud y bienestar social.

El estímulo contemplado consistía en un diploma y un incentivo económico anual único por un monto equivalente a mil nuevos pesos, que se entregaba

por medio de cheque nominal, en un acto al que asistían los trabajadores de la unidad y autoridades locales. Además, se otorgaban becas de 4,000 nuevos pesos para la superación profesional, aplicables a actividades de capacitación y actualización en temas prioritarios para la unidad de salud y la comunidad, en el marco de la programación institucional.

La coordinación operativa del programa era responsabilidad de las delegaciones estatales de la SEDESOL, mismas que apoyaban y asesoraban a los Comités de Salud, efectuando la coordinación interinstitucional con la SS, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) y las Contralorías estatales, lo que promovía la participación armónica de la comunidad y los gobiernos de las entidades. La Coordinación de Programas de Salud asesoraba la aplicación del marco normativo del programa. Los recursos presupuestales para el pago de becas eran aportados por la SEDESOL.

La forma de realizar la calificación quedaba establecida por parte de cada institución o unidad y se aplicaba a partir de las jefaturas de enfermería; debía ponderar los siguientes aspectos:

- Formación académica
- Antigüedad
- Desempeño en el servicio (asistencia, puntualidad, permanencia en el lugar de trabajo; respeto y trato cálido al usuario; eficiencia y calidad técnica)
- Actividades académicas en servicio
- Identidad y compromiso institucional
- Participación en acciones comunitarias
- Otras actividades sobresalientes.

Para participar por los estímulos, debían tener nombramiento de base o al menos un año cumplido en servicio en cualquier nivel de atención, con nombramiento como “auxiliares de enfermería”, “enfermera general o especialista”, con ejercicio de actividades operativas en su unidad y acciones administrativas, docentes y de campo.

El número de estímulos se definía por las instituciones de salud de acuerdo con el universo de enfermeras de base en cada unidad, considerando que el beneficio del estímulo económico se debía otorgar en promedio a un 20 al 40% del personal de enfermería de probada eficiencia y vocación de servicio comunitario de las siguientes instituciones: SS, SEDENA, Unidades del Estado Mayor Presidencial, SEMAR, ISSSTE, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), IMSS-Solidaridad, Servicios de Salud de los Gobiernos Estatales, Cruz Roja e Instituto Nacional Indigenista (INI), en las 32 entidades federativas. En 1995 se entregaron 22,882 incentivos económicos y 1,026 becas, con un ejercicio presupuestal de N\$ 26,986,000.00 (veintiséis millones, novecientos ochenta y seis mil nuevos pesos).

En el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, se señalaba como una de las estrategias para lograr los objetivos de los programas de desarrollo de recursos humanos para la salud: “*Diseñar un esquema de incentivos para que la remuneración sea proporcional al desempeño e impulsar el servicio civil de carrera en el área de la salud...*”, y estipulaban que se debían desarrollar mecanismos que permitieran evaluar la calidad de los programas educativos y su repercusión, tanto en la prestación de los servicios como en el quehacer de los trabajadores de la salud.

El 23 de octubre de 1996, el presidente de México, Ernesto Zedillo Ponce de León, anunció que se pondría en funcionamiento un programa para reconocer la labor de los profesionales en Salud a partir de 1997, por lo que la SS, por medio de la Subsecretaría de Servicios de Salud y la Dirección General de Enseñanza en Salud, basados en el programa “Enfermeras en Solidaridad”, elaboró una propuesta para implementar el “Programa de Estímulos al personal de Enfermería”.

Los estímulos se destinaban a personal de enfermería de probada eficiencia y vocación de servicio comunitario adscrito a: SS, SEDENA, SEMAR, Unidades del Estado Mayor Presidencial, Servicios de Salud de los Gobiernos Estatales, Departamento del Distrito Federal (DDF), DIF, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, PEMEX, Cruz Roja e INI, en las 32 entidades federativas.

Para obtener el estímulo se requería ser trabajador de base o con un año cumplido de servicio en cualquiera de los tres niveles de atención. Participaban auxiliares de enfermería, así como enfermeras generales y especialistas que realizaran trabajo operativo en la unidad de salud, además de acciones administrativas, docentes y de campo.

La programación estatal de actividades exigía la coordinación con las instituciones participantes, con el fin de determinar el universo del personal de enfermería, la disponibilidad de recursos financieros, las acciones de asesoría y apoyo, y las actividades de seguimiento, contraloría social y evaluación del programa. De acuerdo con la propuesta, los trabajos debían efectuarse de noviembre a diciembre.

El proceso para el otorgamiento de los estímulos y las becas se mantenía como en el programa anterior. Desde el nivel Federal, la Comisión Interinstitucional para la Formación de los Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) definiría el número de estímulos a repartir según el universo de enfermeras. Los oficios de aprobación de los recursos debían ser emitidos por la SS a nombre del titular de la institución, para que gestionaran el trámite de liberación y la emisión de los cheques nominales que debían entregarse en un acto público estatal.

El seguimiento y la evaluación debían realizarse en el seno de los Comités Estatales, que reportarían estas acciones al Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud, mismo que se encargaría de la evaluación estatal del Programa, para llevar a cabo el seguimiento, control y evaluación general.

La propuesta incluía dos formatos de evaluación con los siguientes criterios:

A partir de noviembre de 1996, se integró un grupo de trabajo encargado de revisar la propuesta del programa y las observaciones o sugerencias emitidas por las instituciones involucradas, instituciones educativas en enfermería y las entidades federativas. De estos trabajos surgió el “Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad del personal de Enfermería”. Con éste se inició un sistema de evaluación del desempeño del personal de enfermería que sirviera para otorgar los estímulos en condiciones de equidad y justicia, al considerar que la evaluación aceptada por los participantes conseguiría fomentar el deseo de superación y mejoramiento continuo, la permanencia y el arraigo institucional. Se pretendía, además, que a partir de una evaluación sistematizada se fortalecieran las motivaciones de servicio responsable y humanístico propios de la profesión, favoreciendo el perfil de la enfermería que las instituciones demandaban para ofrecer la mayor calidad de los servicios y que por medio de este proceso se cultivara la competitividad, la autoevaluación y una cultura de la evaluación permanente.

El 10 de febrero de 1997 se estableció el Comité Nacional de Estímulos a la Productividad y Calidad del personal de Enfermería, y el 14 del mismo mes se realizó en la Ciudad de México el *Taller de Difusión y Operación del Programa*, para darlo a conocer al personal de las jefaturas de enseñanza y las jefaturas de enfermería de las entidades federativas, quienes tendrían la responsabilidad de su operación, a fin de identificar las funciones que debían desarrollar.

Las instituciones participantes eran: SS, SEDENA, SEMAR, Estado Mayor Presidencial, ISSSTE, IMSS-Solidaridad, Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), DIF, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y los Servicios de Salud en las 32 entidades federativas.

Los objetivos del Programa fueron:

- Impulsar el reconocimiento institucional al personal de enfermería y estimular la participación de la comunidad en los programas y servicios de atención a la salud.
- Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, la competencia creativa del personal y el trato adecuado a los usuarios, para contribuir a mejorar la calidad y el sentido humano con que se prestan los servicios de salud en nuestras instituciones públicas.
- Otorgar un reconocimiento escrito y un estímulo económico mensual, durante un año, al personal de enfermería de las instituciones públicas del país, que tras una evaluación objetiva y homogénea alcancen los mejores niveles de desempeño, calidad humana y eficiencia en el cumplimiento de su trabajo.

Entre sus características destacaba lo siguiente:

- El ingreso al programa y permanencia del personal se efectuaba mediante la solicitud del interesado, entrega de documentación y la eva-

luación que realizaban los Comités Locales y Estatales establecidos para ese fin.

- Para ser evaluado debía cubrir los siguientes requisitos: dos años de servicio en la institución y 90% de asistencias comprobadas respecto a todos los días laborables, con excepción del conteo de las vacaciones programadas y los permisos para asistir a actividades de actualización y capacitación concluidas con éxito.
- Los estímulos económicos se distribuirían de forma equitativa por Entidad Federativa y se asignarían de acuerdo a la disposición presupuestal, por categoría y puntaje obtenido.
- Los casos de inconformidad eran dictaminados por el Comité Nacional.

La evaluación del personal se realizaba en cuatro rubros:

- 1) Autoevaluación. El trabajador determinaba si reunía los requisitos necesarios para participar en el programa.
- 2) Evaluación del Comité Local. Seleccionaba y calificaba a los aspirantes a participar en el programa.
- 3) Evaluación del Comité Estatal. Dictaminaba las solicitudes de los aspirantes.
- 4) Evaluación del Comité Nacional. Validaba (en caso procedente) el dictamen de los Comités Estatales.

El proceso de evaluación consideraba tres criterios generales para calificar el desempeño:

- Responsabilidad y Competencia
- Relaciones humanas y Actitud en el trabajo
- Superación y Desarrollo.

Se elaboraron formatos de evaluación que contenían los criterios y el valor de cada uno de ellos, además de los indicadores y parámetros del puntaje a otorgar, los cuales se ponderaban por frecuencia (“siempre”, “frecuente” y “ocasional”). Incluían algunos indicadores en que sólo se cuantificaba la frecuencia de mayor ponderación, por considerarse esenciales en el quehacer de la enfermería e indispensables en la atención al usuario.

Para establecer el marco legal de la operación del programa, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) expidió la “Norma para la Aplicación de Estímulos a la Productividad y Calidad a favor del personal Médico y de Enfermería (USC 01-1997)”, con vigencia del 1 de mayo de 1997 al 30 de abril de 1998, en la que se señalaba la distribución de los estímulos de acuerdo al universo total y el monto del estímulo basado en el salario del trabajador.

Se integró un Comité Nacional, presidido por el Subsecretario de Coordinación Sectorial de la SS, y el Secretariado Técnico era representado por perso-

nal de la Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y la Dirección General de Enseñanza en Salud, más 32 Comités Estatales presididos por el titular de los Servicios de Salud en el Estado; el Secretariado Técnico recaía en el Responsable de Enseñanza de la SS en la entidad. Los integrantes debían ser los representantes de las instituciones participantes y las instituciones educativas, federaciones y Colegios estatales de enfermería. Este Comité debía establecer las Comisiones Locales necesarias en las Unidades de la entidad.

El envío de resultados locales incluía, además del acta correspondiente, el listado nominal de los beneficiarios en formato especial con la firma en cada hoja de los integrantes de la Comisión y en el caso del Comité Estatal, avalado por los integrantes del mismo. En cumplimiento al Acuerdo surgido en el seno de la X Reunión del Consejo Nacional de Salud (CNS), relativo al inicio de las acciones del programa, el 28 de julio de 1997 se publicó la Convocatoria para el Programa y los resultados se dieron a conocer en octubre de ese año.

La SHCP, a través de la Unidad de Servicio Civil, emitió el 1 de mayo de 1998 una actualización de la “Norma para la Aplicación de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del personal Médico y de Enfermería (USC-EST-04-1998)”. En ella se establecía: cambio de nombre del programa; pago cuatrimestral; un sistema de evaluación; criterios de evaluación; elaboración de un reglamento; publicación de una convocatoria y promoción de un Comité Nacional, Comités Estatales y Comisiones de Trabajo, con señalamientos de las obligaciones que en la operación del Programa tienen las dependencias y entidades respecto a la integración y resguardo de expedientes.

Para ello, se solicitó a las dependencias y entidades participantes que presentaran propuestas útiles para mejorar la operación y el sistema de evaluación, con base en los documentos con que se estaba operando el Programa, agregando los apartados en los que se describían las funciones y atribuciones del Comité Nacional, los Comités Estatales y las Comisiones Locales. Del análisis de los documentos recibidos se derivaron modificaciones a la operación del programa en relación con el que se aplicó en la promoción anterior; con ello se pretendía facilitar el manejo de la información en todos los niveles de operación y dar mayor claridad al procedimiento de evaluación, tanto a los participantes como a los responsables de efectuarla.

El formato de evaluación que se aplicaría al personal sería el correspondiente a su código funcional y éstos se complementaron con una “Guía del Evaluador” como apoyo, en la que se recomendaba que para la selección de los parámetros se utilizarían los siguientes rangos: Siempre (del 100 al 95% de las veces); Frecuente (del 94 al 75% de las veces) y Ocasional (del 74 al 50% de las veces).

Se implementó un formato de solicitud de participación, una guía para currículum vitae y una cédula de inconformidad; se emitió un modelo de acta final para los comités estatales; se establecieron claves estatales para asignación de folios a los expedientes de las participantes; en cuanto al sistema de eva-

luación, se eliminó el formato para “Enfermeras en Administración Central” y se incluyeron dos nuevos formatos: uno para Enfermeras Jefes y Subjefes en Segundo y Tercer Nivel de Atención; otro para Enfermeras en Enseñanza Clínica en Segundo y Tercer Nivel de Atención. Se utilizó un sistema de manejo computarizado de la información del programa, elaborado en el programa DBASEIII Plus.

Aun cuando las normas hacendarias ordenan la aplicación del programa también para personal médico, al no contarse todavía con los instrumentos de evaluación, en esta promoción participó sólo el personal de Enfermería. Se publicó la Convocatoria para esa promoción el 8 de enero de 1998. Ahí se señalaba que el periodo a evaluar era del 1 de junio de 1997 al 30 de abril de 1998.

Durante el tercer bimestre de 1997, se integró un grupo de trabajo en el Comité Nacional, a fin de ampliar las áreas de la salud beneficiarias del programa, contemplando para ello a los médicos, cirujanos dentistas, químicos, biólogos, veterinarios, psicólogos y trabajadores sociales.

En abril de 1998 se efectuó una reunión con los representantes administrativos de las instituciones participantes en que se entregaron para su análisis los montos de recursos financieros requeridos para incluir, en una primera etapa de ampliación del programa, a médicos, cirujanos dentistas y trabajadoras sociales, en el cual informaron que no se contaba con los recursos financieros para ello. Se reiteró que cada institución debería realizar las gestiones pertinentes ante la SHCP.

El 24 de junio de 1998 se llevó a cabo una reunión del Comité Nacional; ahí se informó a los representantes institucionales que a partir de ese año se integrarían al programa los médicos y odontólogos; se entregó a los asistentes el programa correspondiente para su análisis y revisión. Se expusieron los comentarios de cada institución durante la reunión del Comité celebrada el 30 del mismo mes. El Programa fue enviado a la Unidad de Servicio Civil de Hacienda, para que se emitiera la autorización correspondiente para su operación, fundamentada en la Norma emitida en mayo.

Para la Promoción 1998-1999 y a propuesta de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, se efectuó una nueva revisión de las cédulas de evaluación y algunos ajustes de redacción e indicadores del criterio III (Superación y Desarrollo). Para mejorar el proceso administrativo, se estableció que la totalidad del estímulo fuera cubierto en el mismo año mediante tres pagos liberados en los meses de agosto, octubre y diciembre, con el tabulador vigente entonces.

Los objetivos planteados señalaban:

- Impulsar el reconocimiento institucional al personal de enfermería y estimular su participación con la comunidad.
- Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, la competencia creativa del personal y el trato adecuado a los usuarios, a fin de contribuir a mejorar la calidad y el sentido humano con que se prestan los servicios de salud en nuestras instituciones públicas.

- Otorgar un reconocimiento escrito y un estímulo económico anual al personal de enfermería de las instituciones públicas del país que, luego de una evaluación objetiva y homogénea, alcancen los mejores niveles de desempeño, calidad humana y eficiencia en el cumplimiento de su trabajo.

Las metas incluidas en el programa eran las siguientes:

- El índice de ausentismo global del personal de enfermería debe ser menor a 4.5%;
- Abatir el ausentismo no programado para lograr mayor satisfacción de los integrantes del equipo de salud;
- El porcentaje de la plantilla autorizada del personal de enfermería debe estar cubierto en al menos 90%;
- El personal de enfermería debe realizar actividades para las que fue contratado en su totalidad;
- El personal de enfermería debe demostrar habilidad y motivación, así como satisfacción, participación y compromiso con la organización en un 90%;
- En todas las unidades de salud se deberá contar con un programa de capacitación para el personal de enfermería, acorde con las necesidades reales de este personal;
- Disminuir las quejas para el personal de enfermería por trato incorrecto al usuario en los diferentes registros disponibles en la unidad;
- Todas las unidades de salud deben disponer de un módulo o al menos de un buzón para recibir las opiniones, quejas, sugerencias, agradecimientos o inconformidades; se mantendrá un control actualizado de todos los casos;
- Las quejas y sugerencias que resulten pertinentes o procedentes serán atendidas, analizadas, resueltas y se divulgarán sus resultados en un 95%;
- Que el usuario califique favorablemente la apariencia del personal de la unidad, como resultado de una buena imagen del mismo;
- El personal de enfermería debe atender a todo usuario en forma amable, respetuosa y personalizada para fomentar una buena opinión;
- La distribución del personal de enfermería y de las cargas de trabajo debe ser equitativa;
- El jefe inmediato superior debe resaltar aquellos aspectos favorables de todos los integrantes del equipo de trabajo.

Entre los elementos que se tomaron en cuenta para la evaluación estaban:

- Currículum vitae que integrara información sobre: formación, superación y desarrollo profesionales, con las acreditaciones documentales correspondientes;

- Competencia profesional;
- Desarrollo de actividades relevantes;
- Asistencia y puntualidad;
- Productividad, a partir de la evaluación de su desempeño laboral;
- Relaciones humanas y actitud para el trabajo.

El CNS propuso el establecimiento de un Sistema de Evaluación que permitiera llevar a cabo ejercicios de medición sistemática y análisis del Programa, para apoyar la toma de decisiones tendentes a mejorar la calidad de la atención y realizar la valoración de la congruencia de los objetivos y metas planteados con las acciones emprendidas. Para ello, se debían aplicar parámetros de evaluación, por entidad, nivel de atención e institución participante, de modo trimestral, semestral o anual.

Para la Promoción 1998-1999, se integró —en los mismos términos que el de enfermería— el “Programa para Médicos y Odontólogos”, bajo lo señalado en la Norma de Hacienda. Para ello debían establecerse Comités Estatales y Comisiones Locales para cada disciplina.

Se incorporaron al Comité Nacional para estas disciplinas, además de los representantes de las instituciones participantes, representantes de: Facultades de Medicina y de Odontología de la UNAM; Escuela Superior de Medicina del IPN; Academia Nacional de Medicina; Academia Mexicana de Cirugía; Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM).

Para la Promoción 2000-2001 (Quinta de Enfermería y Tercera de Médicos y Odontólogos), se unificaron por primera vez los periodos de operación del Programa; las Convocatorias se publicaron el 22 de noviembre de 2000; así se señaló que el periodo de evaluación sería del 1 de marzo al 31 de diciembre del mismo año y los resultados se publicarían en la segunda quincena de abril de 2001. A partir de entonces se facultó a los Comités Estatales para atender las inconformidades y emitir los dictámenes correspondientes, y se informó al Comité Nacional sobre ello.

En la Promoción 2001-2002 (Sexta de Enfermería, Cuarta de Médicos y Odontólogos) se designó como Presidente del Comité Nacional al Subsecretario de Innovación y Calidad, y como Secretario Técnico al Coordinador de Asesores de la misma Subsecretaría. Debido a la reestructuración de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Calidad en Salud y la Dirección General de Enseñanza en Salud se integraron en unidad como la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), amén de incluir la participación de los representantes del Área de Calidad de las Entidades Federativas en las actividades correspondientes a los Comités Estatales.

Hasta esa promoción se trabajaba con dos convocatorias, tres reglamentos, ocho cédulas de evaluación para enfermería, seis cédulas para médicos y tres para odontólogos. El pago del estímulo era cuatrimestral pero con retrasos frecuentes.

Con los resultados de la promoción 2000-2001, el Secretariado Técnico realizó una primera evaluación del Programa y determinó que los participantes no tenían información completa, suficiente y oportuna sobre el procedimiento de evaluación, lo que provocaba la presentación de numerosas inconformidades en las Comisiones Locales; las cédulas de evaluación se consideraban subjetivas en un alto porcentaje; la información enviada por los Comités Estatales registraba inconsistencias en los datos administrativos que retrasaban el proceso de liberación de recursos para el pago; en algunos casos, la información del Acta Final era incongruente respecto a las listas del padrón de beneficiarios.

Ante ello, se determinó la conveniencia de evaluar aspectos como: formulación, diseño, eficiencia de los medios, recursos utilizados, congruencia con los objetivos planteados, logros obtenidos y apego a la normatividad en la operación, a fin de contribuir con el mejoramiento de las acciones del programa y validar el proceso de evaluación. Este estudio estaría a cargo de la Comisión Interinstitucional de Enfermería.

En forma simultánea, el Secretariado Técnico del Comité Nacional organizó durante febrero de 2002, cinco talleres regionales en los que participaron las 32 entidades federativas. Del nivel federal asistieron el Secretariado Técnico del Comité Nacional y un representante de la DGCES. Se contó con la presencia de los Secretarios Técnicos de los 32 Comités Estatales y representantes de las áreas administrativas de la SS de 29 entidades federativas.

Durante estas reuniones, los Comités Estatales de las entidades federativas presentaron su situación y se identificaron 108 propuestas de mejora, de las cuales 54 eran comunes al menos para dos entidades y se clasificaron de la siguiente manera:

En las reuniones se generaron compromisos que, sin contravenir las normas vigentes, permitieran facilitar la operación del programa en ejecución, y dar celeridad a los trabajos de actualización para presentarlos a las autoridades competentes para su autorización.

En reunión del Comité Nacional celebrada en octubre de 2002, el Dr. Enrique Ruelas Barajas, Subsecretario de Innovación y Calidad y Presidente del Comité, comunicó la transferencia del Secretariado Técnico y la operación del Programa a la Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud, como parte de la reestructuración del mismo para alinearlos con los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud (2001-2006).

En esa reunión se consignó que tras el análisis de los documentos generados en los talleres y luego de la revisión histórica del proceso del Programa, la propuesta de modificación se basaría en tres premisas:

- Diferenciación entre proceso y resultados, ya que se había atendido más al proceso y poco se habían analizado los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los estímulos.
- Focalizar la atención sobre el personal operativo para una mejoría real de los servicios de salud para la población.

- Participación con opiniones de la comunidad, de compañeros, superiores y usuarios de los servicios.

Entre los cambios propuestos estaban:

- Cambio del nombre por el de “Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud”;
- Selección de candidatos conforme a documentación del año 2002 y evaluación de candidatos basada en su desempeño durante 2003;
- Una sola convocatoria y un reglamento único para todas las disciplinas participantes;
- Establecer el pago del estímulo en una sola exhibición al final del año;
- Participación del aval ciudadano para la evaluación de los candidatos.

Se entregó un ejemplar de la propuesta mediante solicitud de comentarios y sugerencias antes del 2 de noviembre de 2002, para conformar la propuesta definitiva.

La Promoción 2002-2003 operó por primera vez con una sola convocatoria y un reglamento en que se integraron las tres disciplinas; se solicitaron evidencias del interés mostrado por la superación y el desarrollo profesional y la participación en programas de mejora de la calidad, así como el cumplimiento de la formación académica del código. Se unificó el formato de asistencia y permanencia; se estableció que el pago se realizaría en una sola exhibición al final de la Promoción, cuando se tuviera la autorización de la Secretaría de Hacienda. Se empezó a manejar la información de los beneficiarios mediante el programa informático Access® y se replantearon los objetivos y metas.

En 2004 se obtiene la autorización de Hacienda para hacer algunas modificaciones operativas al Programa, entre las que destacan la adecuación del nombre, la ampliación a un mínimo del 95% de asistencia anual para ser beneficiario; la evaluación es prospectiva (año en curso); se establece un sistema de “evaluación de 360 grados” basado en competencias del desempeño, lo que conllevó a la elaboración de una cédula de evaluación para todas las disciplinas diseñada bajo estos principios.

Considerando la cantidad de información que implica la operación del Programa, su confidencialidad y oportunidad, y para buscar el fortalecimiento de la transparencia en el mismo, a partir de 2005 se diseñó y se puso en operación una página Web del Programa, que se constituyó como única herramienta de control de la información, la cual facilita el manejo centralizado en los Comités Estatales, de manera oportuna y confiable de los datos de los participantes y la estandarización de los datos, el seguimiento de avances y la administración o disponibilidad de la información en cualquier lugar. A partir de esta promoción, cada Comité y Comisión realizó la captura de los datos de sus participantes desde la inscripción.

Para garantizar que los beneficiarios del Programa cumplieran con lo establecido en la Norma tocante a la responsabilidad de atención directa a usuarios, en 2006 se acordó en el pleno del Comité Nacional que el personal con códigos condicionados debía tener un mínimo de 70% del tiempo efectivo laboral contratado en funciones de atención directa a usuarios. Por iniciativa de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, se somete a autorización de la SHCP y la SFP una cédula de evaluación exclusiva para enfermería, a la que hacen observaciones y solicitan adecuarla a los objetivos del Programa.

En ese mismo año, los representantes del Programa IMSS-Oportunidades informan que al incorporarse su personal al régimen ordinario institucional, dejan de participar en este Programa, al contar con un mecanismo institucional con objetivos similares.

En 2007 y para facilitar la difusión del Programa, el Comité Nacional determinó que la convocatoria remitiera a un documento que contuviera las bases de participación, con lo que se implementó el sistema de registro en línea para que los interesados pudieran efectuar personalmente su registro al programa, buscando que se involucraran de forma directa en su evaluación y disminuyendo para los responsables operativos del programa la carga de trabajo que implica la captura de datos, aun cuando se dejó la opción de entregar en forma escrita la solicitud de participación, correspondiendo a las Comisiones de la Unidad efectuar el registro en el sistema electrónico.

También se hicieron modificaciones en el proceso de entrega y registro de documentos para sustentar la evaluación, de manera que se tuviera mayor claridad respecto al periodo de evaluación y mejorar los procesos de operación en las Comisiones Locales y Comités Estatales, por lo que se señalaron en la normativa dos etapas del programa (registro y evaluación), teniendo como requisito indispensable el registro de la evidencia que sustenta la puntuación otorgada en cada criterio y reiterando que la “opinión del jefe” no puede sustituir otros documentos exigibles.

Se iniciaron los trámites para incorporar la categoría de “Excelencia” en el rango de los estímulos otorgados, a fin de distinguir a una persona de cada disciplina y entidad que obtuviera la mayor puntuación en la evaluación, con autorización de la SHCP. Se determinó que las instituciones que contaran con disponibilidad presupuestal para realizar el pago de esta categoría lo hicieran en tanto se emitiera la Norma modificada que lo incluyera.

En ese año se iniciaron los trabajos para incorporar a personal de otras disciplinas del área de la salud al programa, estableciendo grupos de trabajo por disciplina para efectuar las adecuaciones a la cédula de evaluación del desempeño, que permitieran su aplicación a cada una de ellas, y con la Dirección General de Recursos Humanos para reunir los documentos administrativos requeridos por los órganos globalizadores para el trámite de autorización.

A partir de 2008 se integraron al Comité Nacional representantes de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto; de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, y se acordó invitar a las reuniones

de Comité Nacional a dos o más Secretarios Técnicos de Comités Estatales que participaran en las decisiones tomadas al interior del mismo como operadores directos de los procesos.

Para favorecer la transparencia en las actividades de los Comités Estatales, se estableció que no habría límite en el número de Avoles Ciudadanos, acotado antes a dos personas. Y se señalan funciones para los representantes de recursos humanos y el área de calidad en los Comités Estatales y las Comisiones Locales.

Aunque se habían realizado cambios en el proceso de evaluación, hasta 2007 se tomaban en cuenta actividades del año anterior y el año en curso como evidencia y requisito de participación, pero a partir de 2008 éstos se eliminan, por lo que el programa resulta totalmente prospectivo; sólo se consideran actividades del año en evaluación, destacando el señalamiento de que el participante debe contribuir con la Comisión de su Unidad de adscripción para la presentación de documentos que permitan su evaluación.

Si bien, el mecanismo para realizar el seguimiento del personal en evaluación en la etapa final del Programa lo definían los Comités Estatales, se establece que se debe considerar: la participación en eventos de capacitación, las actividades como capacitador o ponente, el cumplimiento de indicadores y la asistencia y permanencia.

Para favorecer la participación del personal en acciones del programa sectorial de Calidad, se elabora y agrega una Cédula de Evaluación específica para esa área. También se elaboran y aplican los formatos para la elaboración de las actas de instalación de Comités Estatales y Comisiones Locales.

El 22 de diciembre de 2008, la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Dirección General Adjunta de Técnica de Presupuesto de la SHCP emitió la *Norma para la Aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud*, donde se señala como sujetos a participar: el personal médico, de enfermería, odontología, trabajo social, química, psicología, rehabilitación, nutrición y técnico. En este documento ya se incluye la categoría de "Excelencia" y se incluyen formatos específicos para la entrega de resultados para validación y autorización del pago del estímulo.

A partir de 2009, se modifica el nombre del programa y se incluyen todas las disciplinas autorizadas, lo que permite incrementar el personal susceptible de recibir el estímulo.

Para fortalecer las actividades de los Comités y Comisiones, se incluye en su conformación a un representante del Órgano Interno de Control (OIC), como apoyo en los casos de controversia y la resolución de inconformidades, así como mecanismo de vigilancia de la aplicación adecuada de la normativa vigente.

Se hicieron algunas adecuaciones para fortalecer la objetividad del Programa, al acotar la emisión (por parte del jefe inmediato del participante) de documentos sustento de la evaluación, bajo tres criterios, los cuales debe sustentar de sobra para ser otorgados, y lo contenido en la cédula de opinión que para tal efecto se encuentra entre los formatos de evaluación. También se incluyeron en el glosario de términos aplicables al programa, definiciones

del concepto “Permanencia” (cumplimiento del horario asignado y la jornada laboral contratada, así como a la disponibilidad del trabajador en su horario de trabajo dentro de su unidad de adscripción) y “Documentación oficial” (Todo documento, preferentemente en papel membretado, que forma parte de los procesos administrativos establecidos en la institución y/o unidad, en que se registran las actividades de los trabajadores y/o reflejan las mismas en forma clara y precisa, los cuales cuentan con nombre, cargo y firma de la persona competente para validar, autorizar y confirmar su contenido. No debe contener tachaduras ni enmendaduras) para la unificación de criterios al respecto.

Se agregó a la Cédula de Evaluación del Área de Calidad el punto relativo a quejas por el desempeño del trabajador, quien también requiere el informe del área administrativa en el ámbito de su competencia para conceder la puntuación correspondiente. También se puso a disposición de las áreas de recursos humanos un formato para calcular los días laborables (en el programa Excel®) que facilita la entrega de esa información.

Con el apoyo de los grupos de las nuevas disciplinas, se elaboraron e incluyeron las cédulas del desempeño para cada una de ellas y se elaboró material de apoyo para la capacitación de los Comités Estatales y Comisiones Locales, de tal manera que todos contaran con la misma información. Este material se colocó en la página web del programa para difusión abierta.

Durante la Reunión Nacional de Educación en Salud celebrada en 2009 en Nuevo Vallarta, Nayarit, los Secretarios Técnicos de los Comités Estatales propusieron la elaboración de catálogos de evidencias para cada disciplina e institución, como instrumento para unificar los criterios de evaluación. La propuesta se comenta con los representantes de cada institución ante el Comité Nacional, quienes apoyan la idea y se inicia así la integración de los catálogos para su aplicación en la siguiente promoción.

Cada institución elaboró —de acuerdo con su normativa, objetivos y características particulares— los catálogos de cada una de las disciplinas, considerando los programas prioritarios, la normativa institucional, las evidencias ya aplicadas y validadas, recomendaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la bibliografía para cada disciplina y las sugerencias de los grupos de trabajadores que se integraron para apoyar esta actividad.

De manera adicional, para el caso de la Secretaría de Salud, se trabajó en un instrumento para la evaluación individual del expediente médico y notas de enfermería, además de la evaluación directa de procedimientos de esa disciplina que sirvieran como evidencia para sustentar la evaluación.

Para la promoción 2010, se estableció que la inscripción la realizaran los participantes en el programa de manera obligatoria vía Internet, lo que disminuyó la carga de trabajo en las Comisiones de las unidades operativas. En esta promoción se inicia la aplicación de los catálogos de evidencias, los cuales se colocan en la página web para conocimiento de todos los interesados; se incluyen en el reglamento los criterios de desempate. Se determinó dividir el proceso en tres etapas (inscripción, evaluación y seguimiento) para que el par-

participante identifique que continúa en evaluación hasta diciembre y que debe cumplir con los requisitos especificados para cada periodo.

Al inicio de la promoción, las autoridades del Instituto Nacional para la Atención de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), notifican que debido a ajustes presupuestales, su personal no participará en el Programa. Esta situación continúa hasta la fecha.

En 2011, en respuesta a las peticiones enviadas por los Laboratorios Estatales de Salud Pública y los Centros Estatales de Transfusión Sanguínea, unidades que por sus funciones y atribuciones no necesariamente tienen actividad directa con usuarios, se discutió en el Comité Nacional la procedencia de su participación, determinándose que el personal en áreas en donde se desarrollen actividades con usuarios puede participar en el proceso.

Se acordó precisar en el Reglamento que el personal adscrito a brigadas comunitarias puede participar, aun cuando su área de adscripción no sea una unidad de atención a usuarios, ya que sus funciones se ejercen directamente en una comunidad. Se agregó que cuando el Secretario Técnico de una Comisión Local reúna los requisitos de participación, su expediente se integrará en la Unidad y se enviará completo al Comité Estatal para su evaluación.

Para facilitar el manejo de información y disminuir los costos de operación del Programa, se señaló que las actas de instalación y las carpetas ejecutivas de los Comités Estatales y Comisiones Locales se enviarían a partir de esa promoción (escaneadas y con firmas completas), vía correo electrónico, estableciendo plazos específicos para ello.

Como parte de los procesos de supervisión, se incluyó que los niveles centrales de las instituciones podrán solicitar en cualquier momento del proceso, el envío de expedientes de participantes para verificar que cumplan con lo requerido en la norma, señalando que cuando la revisión se realice en la Tercera Etapa del Programa y no se encuentren debidamente integrados, procederá la baja del participante y notificación ante el OIC.

Se ratificó que toda inconformidad debe ser atendida, aun cuando se presente fuera de los tiempos establecidos; se señaló que podría hacerse por medio de escrito libre y se actualizó el Catálogo de Evidencias para la cédula de calidad PECD-12; se agregó una Guía para la Evaluación de Propuestas de Mejora como PECD-12B.

En la página Web se incorporó una función para que al solicitar la inscripción se despliegue un cuestionario de "Diagnóstico de Participación", con el que el interesado podrá identificar si reúne los requisitos para ingresar al Programa. Esta función es informativa y su resultado no condiciona que pueda o no inscribirse, ni emite ninguna constancia de que puede hacerlo. Tampoco es necesario responderlo para inscribirse.

Para la operación del programa en 2012, se realizó una revisión completa de los documentos operativos y normativos del mismo, redefiniendo la denominación de las Comisiones para diferenciar las establecidas en unidades hospitalarias dependientes de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD)

en Salud de las entidades federativas, y las que corresponden a Órganos Desconcentrados, Descentralizados y Paraestatales. Además se reestructuró el Reglamento de Operación para facilitar la ubicación de la información.

En atención a lo señalado en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, con relación al manejo de datos personales, se implementó el manejo del expediente electrónico del personal en evaluación, al cual el participante ingresa con una clave única para la corrección de su información personal, integración de documentos y llenado de la Cédula de Autoevaluación, teniendo además acceso a su constancia de asistencia y permanencia, cédula de evaluación del desempeño y el concentrado de puntuación, pudiendo consultar de manera permanente su resultado en el proceso.

La operación de este sistema ha obligado a los participantes a involucrarse de manera activa en su evaluación y a informarse con mayor claridad acerca de los requisitos para otorgarle la puntuación, ya que, aun cuando tienen disponible de manera permanente la información, no siempre acceden a ella.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

En cada entidad federativa se establece un Comité Estatal de Estímulos, que coordina la operación del Programa por medio de Comisiones evaluadoras en las unidades operativas de la entidad. En los Órganos Desconcentrados, Descentralizados y Paraestatales, se establecen Comisiones Locales que pueden apoyarse con Comisiones Auxiliares de cada disciplina.

Las funciones, atribuciones y procedimientos de operación del Programa se describen en el Reglamento que emite el Comité Nacional. Toda la información normativa y operativa está disponible en el sitio de Internet <http://dgces.salud.gob.mx/incentivos/bienvenida.php>, cuyo contenido se actualiza de manera permanente.

El proceso de evaluación contempla seis criterios generales:

- Opinión del mismo trabajador, de su superior, sus compañeros de trabajo y los usuarios;
- Calidad Técnica y atención médica;
- Capacitación y Educación continua;
- Productividad;
- Aptitudes;
- Participación activa en los Programas de mejora continua de la calidad en su unidad de adscripción.

El diseño de los instrumentos elaborados para el Programa incluye la evaluación de las competencias que se consideró que todo el personal de salud debe presentar y desarrollar en forma permanente.

INSTRUMENTOS

Cédula de Autoevaluación. Contiene 10 preguntas para responder sí o no; el valor máximo de cada una es de un punto, debe ser llenada vía Internet por el trabajador y el sistema refleja la puntuación final en el concentrado. Sólo puede llenarse en una ocasión y no es modificable una vez que el participante la acepta.

Cédula de opinión de usuarios. Consta de 20 preguntas. Las respuestas se evalúan como:

- “Siempre” (del 100 al 95% de las veces); Valor de 0.05 puntos
- “Frecuente” (de 95 a 75% de las veces); Valor de 0.03 puntos
- “Ocasional” (de 74 a 50% de las veces); Valor de 0.02 puntos

Son aplicadas por quien determine la Comisión de la unidad de adscripción durante el periodo de evaluación; se recomienda un mínimo de cinco cédulas; la calificación se obtiene a partir del promedio de todas las cédulas aplicadas. El participante puede sugerir a quién se le aplicará, pero no debe conocer el resultado de cada cédula aplicada. Otorga un máximo de 10 puntos en la evaluación.

Cédula de opinión de compañeros. Su estructura y metodología de aplicación es similar a la de la cédula de opinión de usuarios.

Cédula de opinión del superior. Su estructura es similar a la de la cédula de opinión de usuarios; es solicitada por el jefe inmediato del participante y se suma a las cédulas de opinión de compañeros para que el promedio sea la puntuación otorgada al participante, con un valor máximo de 10 puntos.

Cédula de evaluación del desempeño para cada disciplina. Están integradas por cuatro criterios generales: Calidad Técnica y atención médica, Capacitación y Educación continua, Productividad y Aptitudes. Cada criterio tiene un valor máximo de entre dos y cuatro puntos, dependiendo de su contenido, el cual se otorga o no según la evidencia presentada (sí o no), y debe corresponder a lo señalado en el catálogo de la disciplina e institución. Tiene un valor máximo de 70 puntos.

Para ser beneficiario del programa se requiere una calificación mínima de 80 puntos; la distribución y monto del estímulo corresponde a lo establecido en la norma emitida por la SHCP.

REPERCUSIONES DEL PROGRAMA

Los Comités Estatales y la Comisión Interinstitucional de Enfermería han realizado en distintos momentos del Programa algunos ejercicios de evaluación de los efectos del mismo, reportando en general los siguientes resultados:

- Se ha incrementado el desarrollo profesional y técnico, especialmente en el personal de enfermería y las disciplinas de más reciente incorporación.
- Se ha disminuido el ausentismo en el personal de salud interesado en participar en el programa.
- El personal participa activamente en las acciones implementadas en sus unidades para elevar la calidad de los servicios de salud.
- Se ha mejorado el registro de datos operativos en las unidades y la elaboración del expediente clínico.
- Hay mayor participación del personal en actividades de capacitación, formación profesional e investigación que se realizan en las unidades operativas.

A partir de la implementación de los catálogos de evidencias, se ha favorecido la unificación de criterios de evaluación entre las instituciones, de manera particular entre la SS y el ISSSTE, que ha adoptado algunos formatos de evaluación de procedimientos y documentos tales como el del expediente clínico.

PROBLEMAS DETECTADOS

Dada la diversidad de elementos que se consideran para la evaluación y otorgamiento de los estímulos, los Comités Estatales y las Comisiones Locales se han encontrado con diversos obstáculos que si bien no son del ámbito de su competencia como áreas de educación en salud, sí afectan la calidad de la atención de los usuarios y la operación del programa, por lo que para su solución se ha trabajado en forma conjunta con las áreas correspondientes, con la intención de otorgar servicios de mayor calidad.

Códigos condicionados

Si bien el programa señala como requisito cumplir con las funciones establecidas para los códigos funcionales autorizados, en la operación se encontró que personal con códigos denominados “de confianza operativa” y cuyas actividades principales son de tipo administrativo, en algunas unidades con personal insuficiente realizan de manera adicional actividades de tipo asistencial, por lo que, con aprobación de las autoridades hacendarias, se incluyó el catálogo de códigos autorizados para participar como condicionados a demostrar esas actividades, describiendo en el catálogo de evidencias los requisitos para ello.

Con frecuencia se observa que la participación del personal con estos códigos genera inconformidad por parte del personal operativo, quien en muchas ocasiones opta por no participar al considerar que se favorece al personal de confianza para su obtención. Dado que este problema se presenta de manera especial en la disciplina de enfermería, en reunión del pleno del Comité Na-

CUADRO 1.
BENEFICIARIOS POR INSTITUCIÓN Y DISCIPLINA 1996-2011.

	Medicina	Enfermería	Odontología	Química	Trabajo Social	Otras disciplinas	Total
Secretaría de Salud*	40,230	110,165	3,774	1,551	1,259	1,541	158,520
Secretaría de la Defensa Nacional	604	8,753	984	16	72	96	10,525
Secretaría de Marina	1,503	4,003	559	36	0	0	6,101
Secretaría de Comunicaciones y Transportes	415	133	14	13	0	12	587
ISSSTE	12,969	41,148	771	433	199	231	55,751
DIF Nacional	220	781	51	0	3	27	1,082
INAPAM	12	14	0	0	0	0	26
IMSS-Solidaridad (Oportunidades)	4,290	12,108	110	0	0	0	16,508
Total	60,243	177,105	6,263	2,049	1,533	1,907	249,100
*Incluye las 32 entidades federativas, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Centros de Integración Juvenil (CIJ).							

cional se sugirió a la Comisión Interinstitucional de Enfermería el diseño de un programa específico para personal administrativo, que pueda operarse de manera simultánea pero independiente.

Jornadas laborales

En atención al requisito de cumplir con un mínimo de 95% de asistencia y permanencia durante el periodo de evaluación para ser beneficiario del programa y al ser necesaria la constancia de asistencia y permanencia de los participantes, se detectó un alto porcentaje de personal que cuenta con un beneficio otorgado en las unidades por acuerdos sindicales, donde se les asigna una jornada laboral menor a la contratada; incluso, hubo personal con ocho horas contratadas, pero que sólo labora entre cinco y siete horas (sin incluir horarios de comida y lactancia-guardería). En estos casos se ha establecido que las horas no laboradas se sumen y contabilicen como días no laborados, lo que implica que por cada hora no laborada por estas prestaciones, el trabajador no labora (en el lapso de un año) el equivalente a un mes, tiempo que el servicio al que se encuentra adscrito queda sin atención.

Si bien esto ha generado descontento en algunos trabajadores —quienes no renuncian a su beneficio sindical—, otros han solicitado que se les asigne

su jornada completa o el ajuste de sus horas contratadas para poder participar en el Programa.

Concepto de “alta marginación”

Si bien su otorgamiento está claramente definido en la Norma que rige su asignación en las Unidades ubicadas en zonas de alta y muy alta marginación, en la operación del programa se ha encontrado personal que goza de este beneficio sin cumplir con los requisitos señalados.

Dadas las implicaciones legales que ello conlleva, se ha pedido a los Comités Estatales que den vista de estas irregularidades a los Órganos Internos de Control, los cuales han tomado las medias pertinentes.

Código funcional - formación académica

Es requisito indispensable de participación que se cuente como mínimo con la formación académica correspondiente al código que se ostenta, de acuerdo con el profesograma institucional (aplicable al momento de ingreso en la institución o la creación del código), se solicita la documentación probatoria del grado máximo de estudios.

En la revisión y validación correspondiente se han encontrado múltiples irregularidades, como el otorgamiento de códigos operativos de nivel profesional a personal administrativo con formación técnica (personal de intendencia con códigos de enfermería; secretarías con códigos de trabajador social; entre otras irregularidades graves). Debe considerarse en estos casos que las plantillas se elaboran para que las unidades cuenten con el personal calificado suficiente para atender a la población. La asignación inadecuada de estos códigos produce un desequilibrio en la carga de trabajo de las áreas ya que, aun contando con los códigos funcionales completos, el personal operativo real es insuficiente.

Otras situaciones detectadas son la presentación de documentos falsos o apócrifos, lo que incluye la contratación de personal sin la capacitación que dice tener (con el título de un familiar de nombre similar, con cartas de cursar uno o dos años de residencia para obtener el nivel de médico especialista). Ello implica un gran riesgo para la población usuaria del servicio.

Estas irregularidades se notifican de manera inmediata a los responsables de las áreas de Recursos Humanos y Órganos Internos de Control para la atención procedente.

ÁREAS DE OPORTUNIDAD

Si bien es necesario realizar anualmente la revisión y actualización de los documentos normativos y procesos del programa para mantenerlos en un pro-

ceso de mejora continua, se vuelve necesario encontrar los mecanismos que faciliten a las áreas operativas, el análisis e interpretación de los resultados de la evaluación del personal, a fin de que puedan identificar oportunidades de mejora.

Para ello, es indispensable crear conciencia en los responsables de la evaluación de la importancia de la objetividad en la evaluación y la necesidad de que los resultados sean analizados con el trabajador de manera que se perciba como una realimentación a su actividad, y no como una mera acción punitiva o acusatoria en que se destaquen las fallas en lugar de las acciones para favorecer la calidad en la atención.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- <http://www.deguate.com/infocentros/gerencia/rrhh/evaluacion360.htm>
- <http://wlb.monster.com/articles/360evaluation/>
- http://www.uscg.mil/hq/cgpc/opm/360_Eval.htm
- http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/EVALUACION_360.pdf
- http://www.asimetcapacitacion.cl/evaluacion_360grados.htm
- es.scribd.com/doc/3329830/Formato-de-Evaluacion-360
- <http://thinkandstart.com/2012/05/dale-un-giro-al-desempeno-con-la-evaluacion-de-360/>
- <http://dgces.salud.gob.mx/incentivos/bienvenida.php>