



31261

9
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala**

Maestría en Investigación de Servicios de Salud

**“HERRAMIENTAS BASICAS PARA LA CALIDAD EN LOS
SERVICIOS DE SALUD”**

Tesis que para obtener el grado de
Maestro en Investigación de Servicios
de Salud presenta

José Santos Tolosa Sánchez

Los Reyes, Iztacala octubre de ~~1999~~ 1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

273184



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
OFICIO: ENIZ/DIP/1103/99.**

Asunto: Conformación de Jurado para Examen de Grado.

Los Reyes Iztacala, a 13 de octubre de 1999.

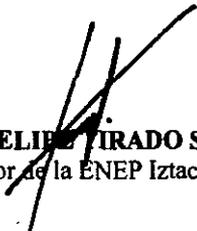
ING. LEOPOLDO SILVA GUTIÉRREZ
Director General de Administración Escolar
Presente.

Por medio de la presente informamos a usted de la conformación del Jurado encargado del Examen que el alumno **JOSÉ SANTOS TOLOSA SÁNCHEZ** con número de cuenta 7152756-9 y número de expediente 51603 sustentará con objeto de obtener el grado de Maestro en Investigación de Servicios de Salud:

Presidente:	Dr. Mario Cárdenas Trigos
Vocal:	Mtra. Ana Luisa González Celis Rangel
Secretario:	Mtra. Rosa Isabel Esquivel Hernández
Suplente:	Mtro. Fco. Javier Rosado Muñoz
Suplente:	Mtro. Cuauhtémoc Valdez Olmedo

Sin otro particular de momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

Atentamente.
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"


DR. FELIPE TIRADO SEGURA
Director de la ENEP Iztacala


DRA. PATRICIA DÁVILA ARANDA
Jefa de la División de Investigación y
Posgrado

CONTENIDO

PAGINAS

RESUMEN

CAPITULO 1 INTRODUCCION

Antecedentes históricos de la Calidad.....	2
Evolución de la Calidad en México.....	4
Marco teórico - Concepto de calidad.....	6
Concepto de Calidad.....	6
Calidad Total.....	6
Calidad de servicio y calidad de Producto.....	7
Control de Calidad.....	8
Principales Filosofías de Calidad.....	10
Filosofía de Ishikawa.....	10
Filosofía de Crosby.....	10
Filosofía de Deming.....	11
Similitudes y diferencias entre las filosofías de Ishikawa,Crosby y Deming.....	11
Calidad de los servicios de salud origen y desarrollo en México.....	14
Aseguramiento de la calidad en unidades de atención médica.....	20
Mejoramiento continuo y calidad total.....	21
Las Herramientas dentro de los modelos de mejora continua de la calidad.....	24
Modelo de mejora continua.....	24

CAPITULO 2 OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Objetivo General.....	27
Objetivo Especifico.....	27
Metodología.....	28

CAPITULO 3 HERRAMIENTAS PARA LA CALIDAD

Catalogo de Herramientas.....	30
Personificadores.....	30
La Ventana de Calidad.....	33
Mensajes.....	35
Las seis "S" japonesas.....	35
Conformación de los equipos de calidad.....	39
Fiestas de Presentación.....	39
Equipos de calidad.....	40
Identificación de áreas de oportunidad.....	43
Lluvia de ideas.....	43
Multivotación.....	44
Revisión de Indicadores.....	44
Sugerencias de los trabajadores.....	45
Encuesta a usuarios.....	45
Propuesta de las autoridades.....	46
Comparación con organizaciones similares.....	47
Eventos centinela.....	48
Figuras rfcas.....	50
Gráficos.....	51

CONTENIDO

PAGINAS

Selección de áreas de oportunidad.....	53
Matriz de ponderación.....	53
Gráfico de Pareto.....	56
Diagrama de Proceso.....	58
Diagrama de Ishikawa.....	60
Medición Inicial.....	63
Escala Likert.....	64
Muestreo.....	65
Calibración de los instrumentos.....	67
Características de los formatos.....	69
Propuesta de mejoría.....	70
Coordinación de reuniones de trabajo.....	71
Seis sombreros para pensar.....	72
Técnica LEGUP.....	73
Reingeniería.....	73
Desarrollo de las propuestas.....	77
PHUA.....	77
Cronogramas.....	78
Control estadístico de los procesos.....	80
Evaluación.....	82
Tablas de contingencia.....	82
Consolidación.....	85
Pirámides.....	85
Bitácora de control.....	86
CONCLUSIONES.....	88
BIBLIOGRAFÍA.....	89

HERRAMIENTAS BASICAS PARA LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

RESUMEN

La presente tesis tiene como objetivo el proporcionar a los gerentes, directivos, investigadores y líderes de grupos, las técnicas y dinámicas que pueden ser utilizadas como herramientas de trabajo para las actividades en gestión de la calidad en los servicios de salud, validadas y sistematizadas en un modelo flexible para su aplicación práctica en diversas situaciones.

A lo largo del trabajo se exponen técnicas para la identificación, cuantificación y solución de problemas relacionados con la calidad en los servicios, constituyendo de esta manera las "herramientas" para los líderes de los equipos, quienes deberán familiarizarse con ellas para su óptimo aprovechamiento, por lo que se recomienda su comprensión plena antes de iniciar su aplicación.

Sin duda alguna, el líder creativo encontrará más aplicaciones y podrá modificar las técnicas en el trabajo de los equipos de calidad.

CAPITULO 1: INTRODUCCION

Antecedentes históricos de la calidad

Aunque el concepto de círculos de calidad (C.C) propiamente de hecho surge en Japón, algunos autores consideran que no es una creación meramente japonesa, sino que fue el resultado de varios conceptos de origen norteamericano.

Durante la segunda guerra mundial, en los Estados Unidos de Norteamérica tuvo lugar una nueva técnica de control de calidad, llamada Statical Quality Control, SQC (Control estadístico de calidad). Esta se introdujo en Japón durante la ocupación norteamericana ¹.

En ese entonces, Japón padecía una deteriorada situación económica, había escasez de mano de obra, como resultado de las guerras, y los obreros tuvieron que encargarse de funciones correspondientes a los supervisores.

Esta se considera la base que marcó un estilo gerencial que coincidió con el profundo sentido de familia de la organización social japonesa. Como otro antecedente estuvo el gran problema de calidad que había en el país. Sus productos tenían una pésima reputación. Además existía una fuerte dependencia del comercio exterior para sobrevivir ya que no es un país rico en recursos naturales internos ².

Luego de terminada la guerra, preocupado por su situación, Japón inicia un movimiento a escala nacional para su recuperación, enfatizando la necesidad de mejorar la calidad de sus productos para lograr una posición dentro de los mercados internacionales. Para lograrlo, Japón busca la ayuda internacional, y en 1947 invita al especialista norteamericano Edwards Deming para dar unas conferencias sobre Control Estadístico de la Calidad, las cuales fueron muy bien recibidas, y las técnicas propuestas comenzaron a aplicarse en las empresas ³.

En el año de 1948, se funda la Unión Japonesa de Científicos (JUSE) y un año más tarde el Comité de Control de Calidad. Comienzan a surgir publicaciones y seminarios cuyo tópico central era el Control de Calidad. ⁴

Para 1951, se crea el premio Deming a la Calidad, que otorgaba la JUSE anualmente a las empresas más sobresalientes en el control de calidad, este premio empezó a ganar prestigio dentro de la industria japonesa. Las empresas inician un proceso de capacitación, enviando técnicos a los Estados Unidos para observar y aprender sistemas para mejorar la calidad y posteriormente ellos propagaron lo aprendido. En 1954, invitan al especialista Joseph Juran (autor de Control Estadístico de la Calidad) austríaco nacionalizado norteamericano, para que impartiera cursos sobre la Administración del Control de Calidad. En ellos se manejó el concepto de "Control Total de Calidad" CTC, el cual propagó en las empresas japonesas los conceptos de gerencia y comportamiento humano en las organizaciones que existían en los E.U.A.

Aunque al principio dudaron que lo planteado funcionara en Japón, dado que eran técnicas norteamericanas, las empresas lo intentaron. El gobierno por

su parte inicia una fuerte campaña por radio y televisión con programas educativos y premios. Designó a noviembre el "mes de la calidad", e impulsó estándares muy altos para los productos de exportación⁵.

En 1961, la revista japonesa Control de Calidad incorpora a los supervisores de planta en las actividades de Control de Calidad, y publica una revista dirigida a ellos.

En este periodo el ingeniero Kaoru Ishikawa profesor de la universidad de Tokyo, sugirió la formación de pequeños grupos para atacar problemas correspondientes a su área de trabajo. Su inspección y optimismo se debieron en gran parte a su conocimiento en teorías sobre el comportamiento humano, incluyendo las ideas de Likert, Maslow, Durcker, McGregor y Herzberg, entre otros. También se vio influenciado por los programas de simplificación del trabajo sugeridos por Mogensen⁶.

Ishikawa desarrolla el llamado Company Widequality Control CWQC (Control Total de Calidad en Toda la Empresa), para la difusión, la implementación y el uso de métodos estadísticos en todos los niveles de una organización para la toma de decisiones y acciones efectivas; y para demostrar la importancia de la calidad en la búsqueda de mejores niveles de productividad, así como la importancia medular del estímulo por el trabajo aún a niveles de operación y supervisor. Su propuesta sigue en cierta forma los incrementos del Control Total de Calidad TQC, creado por el norteamericano A Fergenbaum, solo que en estos, el TQC es responsabilidad de los ingenieros profesionales en control de calidad y no cubre a todas las áreas de la empresa, en tanto que el CWQC se debe realizar con la participación de todas las áreas y en todos los niveles de la empresa⁷.

En 1962, aparece por primera vez el nombre "Círculos de Calidad" (C.C.) en la revista "El supervisor y el Control de Calidad", donde se señalaba al supervisor como líder del círculo de control de calidad.

Así, al conjuntarse los elementos científicos (técnicas estadísticas para el control de calidad) y humanos (trabajo en grupos de acuerdo a las características del comportamiento humano), nacieron los círculos de calidad. Se considera al Dr. Ishikawa el padre de los círculos de calidad por haber establecido sus fundamentos y objetivos.

En marzo de 1963 se llevó a cabo el primer ciclo de conferencias sobre círculos de calidad al norte de Japón.

El movimiento se fue generalizando en todo el país tomando una fuerza e importancia tal que la preocupación por la calidad se convirtió en un estándar de vida para los japoneses. Para 1980, ya había diez millones de japoneses participando en los círculos de calidad.

El concepto se ha ido internacionalizando, a pesar de que muchas personas creían que solo podía funcionar en Japón dadas sus características culturales. Para principios de los años 70's, el concepto ya se había difundido en el mundo occidental. En 1972, surgieron los primeros círculos de calidad en Brasil y en un gran número de empresas norteamericanas.

En 1977, se estableció la asociación Internacional de Círculos de Calidad (IAQC) en E.U.A., y con ella se iniciaron una serie de eventos internacionales que permitieron dar a conocer el concepto en otros países⁸.

Evolución de la calidad en México:

Se puede considerar que los círculos de calidad en México surgen en la época de los 70's, bajo la iniciativa de algunos centros empresariales (Centro Patronal de Monterrey), a raíz de la búsqueda de un programa más agresivo que el programa Cero Defectos, que había sido aplicado por las empresas mexicanas en los años 1960 a 1975 como estrategia para incentivar la calidad y que consistía en un esquema que motivara al factor humano a no cometer errores⁹.

Durante su gobierno el presidente, Luis Echeverría Álvarez, apoyó la visita de algunos grupos de profesionistas al Japón para que conocieran las experiencias referentes a la Administración de la Calidad y desarrollaran posteriormente algunos sistemas en México se trataba de establecer lineamientos para prevenir errores e introducir mejoras continuas, propiciando el trabajo en equipo.

Hubo diferentes intentos de implantación de los C.C antes de la crisis del sector industrial, pero se registró un fracaso, en la mayoría de ellos, al parecer por que se realizaron más bien como una adopción de una moda internacional y no como un esfuerzo organizado para resolver determinados problemas. El punto de inicio para su desarrollo lo fue, a opinión de los mismos empresarios, el proteccionismo estatal, la existencia de mercados cautivos y la época de bonanza petrolera, que fomentaron el descuido de la calidad y el logro de ganancias fáciles y rápidas.

La calidad fue siendo factor de preocupación debido a que se establecieron compromisos de calidad con los proveedores y las exigencias de los clientes.

Un papel muy importante en la adopción de nuevas técnicas lo constituyen las compañías multinacionales, las cuales comenzaron a promover el uso de los C.C. en sus subsidiarias mexicanas, como parte de una política comparativa y con asesoramiento de expertos norteamericanos

Las empresas nacionales establecen los C.C. con la asesoría de despachos de consultoría ó con la asistencia técnica de centros de investigación.

En 1973 se funda el Instituto Mexicano de Control de Calidad A.C. (IMECCA), y en 1976, durante el IV Congreso Nacional de Control de Calidad, realizada en Monterrey N.L, se lanza una convocatoria para la movilización hacia la calidad y la productividad y se hacen recomendaciones para la introducción de los C.C. en las empresas del país¹⁰.

En 1981, se realiza una importante conferencia sobre Control Total de Calidad organizada por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), siendo uno de los conferencistas el Dr. Ishikawa.

En 1982, ante el ingreso de México al acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT), el medio empresarial instrumentó diversas opciones para incrementar la productividad y mejorar la calidad de los productos entre las que se encontraban la introducción de los C.C.

En los inicios de su aplicación, los C.C., se orientaron solamente al personal operativo, y los resultados fueron buenos, pero limitados.

Muchas empresas aumentaron su productividad y calidad, y aquellas empresas con buena administración tuvieron mucho éxito. Sin embargo, hubo empresas que a pesar de su entusiasmo y una alta productividad se fueron a la quiebra debido a malas estrategias gerenciales. Por ello se plantea la necesidad de un marco participativo integral; donde los gerentes también deberían trabajar en equipo. A principios de la presente década se presentó una caracterización al nivel de la alta gerencia sobre los problemas de calidad. De esta manera se llegó al enfoque de los Círculos de Calidad Integrales y al desarrollo de las Herramientas Gerenciales por la Calidad ¹¹.

Luego se investigó que la administración japonesa también realizaba un fuerte trabajo participativo a nivel gerencial y que no lo difundieron por considerarlo obvio.

Además, se decidió cambiar el estímulo de la administración de las organizaciones, adoptando algunas estrategias de Control Total de Calidad, para solucionar los problemas relacionados con la calidad, productividad y competitividad; y también en menor grado, problemas de carácter financiero, tales como la deuda externa del sector privado y el control de precios en los productos.

De la experiencia obtenida del programa de los Círculos de Calidad, IMECCA, lanza en 1984-1985 un nuevo enfoque "La Administración de la Calidad Total". En este enfoque, la Administración Participativa, tipo de Círculos de Calidad, sólo constituye uno de los elementos denominado "El Marco", habiendo dos elementos más para completar el Sistema de Administración de Calidad Total, que son "El camino u objetivo", que es la Calidad Total y el "Estilo Gerencial", la Gerencia Dinámica.

En México ya se han llevado a cabo nueve Convenciones Nacionales de Control de Calidad. Además se han efectuado nueve congresos latino americanos de Control de Calidad. En 1983, se organizó en la ciudad de México el segundo congreso Asia-Pacífico de Control de Calidad. En 1985, México fue sede del encuentro Brasil-México sobre Círculos de Calidad.

Así para 1991 existe un amplio número de empresas que elaboran con el instrumento de los Círculos de Calidad, entre las que se pueden mencionar:

- Aceros San Luis, S.A.
- Altos Hornos de México
- Banca Serfin, S.N.C.
- Gamesa, S.A.
- Purina, S.A.
- Pemex, S.A.

-Industrias Petroquímicas Mexicanas, S.A.; entre otras. Todas ellas han aplicado la técnica con éxito ¹².

Una vez analizado el desarrollo histórico de la Calidad Total es necesario conocer a fondo algunas definiciones y conceptos relacionados con la misma.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD

Concepto de calidad

El grado de satisfacción del cliente será lo que determine según su punto de vista, si el producto ó servicio es ó no de calidad. Por esto, es muy difícil hablar de un concepto general de Calidad, ya que cada persona puede tener diferente opinión sobre la calidad del mismo producto o servicio.

El concepto de Calidad es muy difícil de definir, puede definirse de muchas formas distintas dependiendo de quién lo hace, puede ser "Un conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la actitud para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas preestablecidas" ¹³.

Por otra parte el diccionario Webster's ¹⁴ define a la Calidad como "Grado de Excelencia; grado de cumplimiento de los estándares; superioridad en su tipo".

Richard, J. Schunberger, opina que la Calidad es "Responsabilidad en producción", y que la "Responsabilidad recae sobre el que hace la parte" ¹⁵. Berry, Parasuraman y Zeithaml ¹⁶, define Calidad como el cumplimiento de las expectativas del cliente".

Lo cierto de todas estas definiciones es que el concepto de Calidad da a entender que se deben satisfacer las necesidades, ya sea de uno mismo, las de la persona a las que se dirigen, ó en el caso de una empresa, las del cliente.

En relación con la primera definición, la dificultad está en establecer los parámetros para saber cómo satisfacer las necesidades preestablecidas, lo que significa saber antes que nada cuáles son y de qué forma son establecidas por el cliente y por la empresa, porque al ser estas necesidades humanas puede ser que la satisfacción sea diferente dependiendo de la persona que recibe el producto ó servicio.

Calidad total

En la actualidad la calidad es vista desde una perspectiva más global, es decir, en cuanto a Calidad se refiere se ha desarrollado el tema hasta hacerlo más completo y llegar a formar el concepto de Calidad Total como base en toda la organización.

El concepto de Calidad Total es "Una filosofía directiva que implica la participación general del personal de la empresa cualquiera, que sea su nivel, y que pone énfasis en la satisfacción del cliente y la mejora continua" ¹⁷. Por esto es necesario que todo el personal de la empresa desde el nivel operativo, hasta el directivo esté totalmente comprometido con los esfuerzos de calidad, de manera que paso a paso se vaya logrando la Calidad Total.

La diferencia entre ambos conceptos consiste en que en el de Calidad Total se lleva a cabo la calidad, pero paso a paso en el proceso, además de que

involucra a toda la empresa; pero en ambos conceptos se busca lograr la satisfacción de las necesidades tanto del cliente como de la empresa que ofrece el producto o servicio.

Generalmente, al hablar de calidad en un negocio, cualquiera que éste sea, se piensa en un producto, pero, ¿Qué es un producto?:

Es la salida de cualquier proceso, ya sea:

*Bienes-Cosas físicas.

*Software-Información, instrucciones.

*Servicios-Cualquier trabajo realizado por otra persona ¹⁸.

Por tanto lo que se conoce comúnmente como producto, es un bien físico negociable.

Calidad de servicio y calidad de producto

Anteriormente, cuando se hablaba de calidad sólo se pensaba en la manufactura, es decir que el producto que se hacía estuviera bien hecho, cumpliera con la funciones para las que fue fabricado, no defectuoso, etc.

Actualmente el concepto de calidad se ha ampliado e incluye calidad en el servicio, como dentro del proceso en sí. Lo que hace que la calidad no sólo se da en los atributos físicos de un producto, sino que además ahora, como ya se mencionó también se da en el servicio. Y más pensando que las empresas ofrecen productos y/o servicios.

La calidad en el servicio es muy difícil de medir ya que es algo intangible, que depende de la persona que lo reciba, de la percepción que tenga sobre el servicio y del grado de satisfacción de sus necesidades preestablecidas. Como un producto es un bien físico, tangible, determinadas características palpables, es un poco más fácil de llevar un control estricto sobre la Calidad en su fabricación.

Generalmente la Calidad de un producto puede juzgarse mediante el examen de las siguientes características:

1. Principios de ingeniería.
2. Diseño
3. Condiciones de fabricación
4. Datos de inspección
5. Datos sobre el uso real ¹⁹.

Al hacer una adaptación de estas características al servicio éstas quedarían como sigue:

1. Tecnología vista como procesos de transformación
2. Diseño del servicio
3. Políticas y especificaciones de la prestación del servicio
4. Datos de inspección
5. Datos sobre el uso real del servicio.

Esto significa que en lo que a calidad se refiere se pueden adoptar las características que sirven para juzgar la calidad tanto en el caso de productos como de servicios.

Hay tres elementos indispensables en la Calidad: gente, educación (entrenamiento) y liderazgo²⁰.

Esto significa que es necesario contar con gente bien entrenada y educada acerca de las necesidades que deberá satisfacer para que dé como resultado productos o servicios de la mayor calidad posible; y en cuanto a liderazgo, para contar con alguien quien guíe y motive a la gente.

"La reacción del cliente a lo que él llama buen o mal servicio es generalmente inmediata, mientras que la reacción a la calidad de un servicio manufacturado puede surgir con retraso"²¹.

Este está relacionado con las necesidades preestablecidas del cliente, en el caso de un servicio, el cliente espera determinadas cosas y en el momento en que lo recibe se da cuenta si el servicio está o no de acuerdo a sus expectativas.

Si se trata de un producto, al recibirlo el cliente no se da cuenta si cumplirá con sus necesidades y expectativas de uso, esto sucederá conforme se va dando uso al producto, así determinará el cliente si el producto es o no de calidad de acuerdo a su punto de vista.

Por otra parte, la Calidad de Servicio puede entenderse como la calidad en la empresa de servicios o como calidad en el servicio de la empresa, ambos son igualmente importantes.

La diferencia sería que en el primer caso esta calidad va un poco relacionada con la Calidad de Productos, ya que para estas empresas el producto que ofrece es el servicio y además ellos tienen que tener un servicio de calidad hacia el cliente, de manera que prefiera a esta empresa sobre la competencia.

En el segundo caso, la Calidad se refiere a que se brinde un buen servicio al cliente, no importando que la empresa sea de manufactura o de servicios. Por ejemplo, en el caso de un hospital (que es una empresa de servicio) el producto que se ofrece al cliente es la conservación y mantenimiento de la salud que debe ser de total calidad, por la importancia que esto tiene al tratarse de la vida de las personas.

Pero además, para lograr que se dé esto es necesario, que el hospital brinde un servicio de calidad tanto hacia sus pacientes como dentro del hospital.

El servicio de Calidad estará dado por una buena atención por parte del personal hacia los pacientes, limpieza e higiene en las instalaciones, y otros elementos correlacionados.

Control de calidad

Al hablar de calidad en cualquier empresa, debe también hablarse de control de Calidad, hay diversas definiciones acerca de este concepto, como son:

En las Normas Oficiales Mexicanas de Calidad se define como: "conjunto de métodos y actividades de carácter operativo que se utilizan para satisfacer el cumplimiento de los requisitos de calidad establecidos"²².

Feigenbaum dice al respecto que: "es un conjunto de esfuerzos efectivos de los diferentes grupos de una organización para la integración del desarrollo, mantenimiento y de la superación de la calidad de un producto, con el fin de hacer posibles la fabricación y servicios, a satisfacción completa del consumidor y al nivel más económico"²³.

Las Normas Industriales Japonesas lo definen como: "un sistema de métodos de producción que económicamente genera bienes y servicios de calidad, acordes con los requisitos de los consumidores. El Control de Calidad moderno utiliza métodos estadísticos y suele llamarse Control de Calidad Estadístico" ²⁴.

Ishikawa dice: "practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor" ²⁵.

De las definiciones anteriores se puede notar que todas tienen en común los siguientes elementos: en general el control de calidad es un sistema o varios de ellos que se llevan a cabo para verificar que se logren las especificaciones de calidad preestablecidas por la empresa. Y estas especificaciones se establecen sobre la base de las necesidades de sus clientes, a los que ofrece su producto la empresa, etc.

No existe un sistema de control de calidad estándar para cualquier tipo de empresa. Pero es indispensable que se desarrolle uno en toda la empresa, el tipo de control de calidad depende de varios factores como: el tipo de empresa, educación de los empleados en el tema de calidad, compromiso de la Dirección, tamaño de la empresa, el producto o servicio, presupuesto, etc.

El control de calidad no es necesariamente una medida para resolver problemas, sino para evitarlos, en un principio puede usarse como resolución, pero ahora se trata de implementar el sistema para lograr Calidad Total en el producto o servicio que se da y de esta manera evitar problemas que pueden surgir con el cliente.

En la actualidad, los mercados están llenos de productos o servicios que pueden ser sustitutos de los nuestros y que representar una gran competencia, por ello la ventaja competitiva suele darse por medio del servicio que da la empresa y para que este servicio se de con Calidad es indispensable que la empresa cuente con un Servicio Interno de Óptima Calidad, sustentado al interior de una filosofía que compartan y practiquen en la misma, como se verá en el siguiente apartado.

PRINCIPALES FILOSOFÍAS DE CALIDAD

El éxito en la aplicación de las Filosofías de Calidad, radica en cómo se adiestra y capacita al factor humano (y que éste lo practique).

Como se revisó en puntos anteriores en Japón es donde se ha obtenido un mayor éxito la aplicación de dichas filosofías; aunque los inicios de la calidad se hayan originado en los E.U.A.; esto se debe en gran parte a que la forma en que los japoneses han llevado a la práctica la Calidad Total y su control, ya que éstos aplican los principios a todos los empleados, incluyendo desde el presidente de la empresa hasta los obreros. A diferencia en los Estados Unidos la calidad suele delegarse a los especialistas y asesores a niveles gerenciales.

A continuación se revisan las filosofías más representativas de la Calidad.

FILOSOFIA DE ISHIKAWA

El concepto de calidad total para Ishikawa significa "el control de la administración misma... es una revolución conceptual en la gerencia" ²⁶.

En Japón denominan al control total de calidad como el control total en toda la empresa, esto quiere decir, que todos los individuos de cada departamento de la compañía deben de estudiar, practicar y participar en el control total de la calidad; ellos han optado por educar a cada empleado del departamento y dejar que cada uno de éstos aplique el control total de calidad.

Es importante fomentar el control en las demás áreas como son: control de costos, de cantidades, producción, ventas y fechas de entrega, etc. a lo cual denominan "Control de Calidad Integrado", esto basado en la idea de que "el fabricante debe desarrollar, producir y vender artículos que satisfagan las necesidades de los consumidores" ²⁷.

Por tanto para Ishikawa no sólo es la calidad en el producto la que importa, sino la calidad humana y administrativa.

FILOSOFIA DE CROSBY

Según Crosby calidad significa "hacer que la gente haga mejor todas las cosas importantes que de cualquier forma tiene que hacer" ²⁸.

Al referirse a "gente" incluye, tanto a la alta dirección como a los niveles más bajos de la compañía.

La filosofía de Crosby está basada principalmente en la prevención de errores. Su idea es crear un programa que no sea necesariamente la inspección, sino crear una línea de producción basada en cero defectos, esto significa crear un proceso reeducativo que busca mejorar la productividad a través de la corrección y prevención de defectos mediante la participación y compromiso de toda la compañía.

En esencia se trata de un esfuerzo a largo plazo basado en:

- Evitar errores (hacerlo bien la primera vez)

- Identificar problemas y tomar decisiones en el lugar mismo donde se vive la situación.
- Basar las decisiones en información cualitativa y cuantitativa, pero tendiendo a crear la fuente y los estándares de información que permitan enfocarse en lo cualitativo.
- Medir para controlar, siendo el costo de operación el estándar por excelencia. Como consecuencia se espera crear una disposición hacia la prevención de fallas.

FILOSOFIA DE DEMING

W. Edwards Deming, establece que al mejorar el proceso aumenta la calidad y la uniformidad en la manufactura, reduciendo así el desperdicio de mano de obra, reprocesamiento, errores, desperdicio de máquinas y materiales, por tanto se obtienen mejores resultados con un menor esfuerzo. Los beneficios que se obtienen al mejorar el proceso son: una mejor posición ante la competencia, empleados más satisfechos en el trabajo y menores costos.

Deming sostiene que el cliente es la parte más importante de la línea de producción.

Para lograr esto, Deming menciona que se debe crear una constancia con el propósito de mejorar el producto y el servicio; ya que los problemas a futuro lo exigirán

Semejanzas y diferencias entre las filosofías de Ishikawa, Crosby y Deming

Primeramente, una de las cosas en que coinciden Ishikawa, Crosby y Deming son en la importancia que tiene la Alta Gerencia en la implantación total de calidad.

Para Ishikawa, la alta gerencia es quien tiene la responsabilidad de reunir toda la información de calidad y control total de calidad; una vez obtenida se podrán fijar políticas básicas como son: la prioridad de la calidad y después establecer metas a largo plazo (planeación estratégica). Estas políticas las deben de conocer toda la empresa, ya que serán ejecutadas por todos los miembros de la misma, desde la alta gerencia hasta los trabajadores de línea.

Estas políticas deben estar enfocadas a realizar la empresa, fabricar artículos y ofrecer servicios de la mejor calidad del mundo.

Por lo que se propone que la alta gerencia sea quien tenga que tomar la responsabilidad del cambio en la organización que está orientada a obtener calidad total en todos los aspectos.

Una vez que los altos gerentes tomen parte activa del control total de calidad, quedará atrás la idea de que mejorar la calidad significa aumentar sus costos, y así comprenderán que al aplicar control total de calidad es posible reducir los costos, ya que las cosas se harán bien desde la primera vez, cumpliendo con los requisitos y así obtendrán calidad total.

Crosby dice que para poder entender la calidad en sí misma, es necesario considerar algunos supuestos erróneos que sustentan la mayoría de los gerentes.

Los supuestos erróneos son:²⁹

El primer supuesto erróneo es creer que la calidad es un sinónimo de excelencia, lujo, brillo, peso, etc., por está razón es necesario definir a la calidad como el "cumplir con los requisitos"; estos requisitos deben definirse con claridad para evitar que se mal interprete.

El segundo supuesto erróneo es el que la calidad no se puede medir y es intangible.

La calidad se puede medir con toda precisión, se mide por el costo de calidad que es el gasto ocasionado por no cumplir con los requisitos (las consecuencias).

El tercer supuesto erróneo es creer que todos los problemas de calidad son ocasionados por los obreros, principalmente aquellos del área de producción.

El cuarto supuesto es pensar que la calidad se origina en el departamento de calidad, y éstos están cargando con problemas ajenos; ya que deben de aprender a llamar a los problemas por los nombres de quiénes los ocasionan: problemas de diseño, producción, ventas, etc.

Por tanto lo primero que se debe hacer para llevar a cabo el mejoramiento es que la dirección de la compañía entienda qué es lo que se necesita y sean los altos gerentes quiénes decidan en realidad ese mejoramiento. Esta decisión la tomarán cuando decidan aceptar como norma de la organización la prevención de defectos.

Al igual que Ishikawa, Crosby propone la idea de establecer una política de Calidad en la organización, esto es que todo el personal de la compañía ejecute perfectamente bien sus funciones con la finalidad de obtener calidad.

Y por último, Deming propone que la alta gerencia adopte una nueva filosofía, ya que no puede seguir aceptando errores, defectos, malos materiales, mala calidad, personas que no saben cuál es su trabajo, etc. Por lo que es necesario para que se lleve a cabo el cambio, que la alta gerencia se sienta insatisfecha por su desempeño anterior y que se sienta con coraje para lograr el cambio.

Algunas otras similitudes y diferencias de Ishikawa, Crosby y Deming son las siguientes:

Tanto Ishikawa como Deming, coinciden en la importancia que tiene la educación y capacitación para implantar programas de control de calidad; ambos autores proponen que para poder promover la calidad es necesario que todos los miembros de la organización reciban educación, desde el presidente hasta los obreros de línea. Esta educación deberá ser en forma continua para adquirir nuevos conocimientos y habilidades.

Los tres autores están de acuerdo en que una vez que se decida implantar calidad es necesario vigilar la manera de como se lleva a cabo con la finalidad de hacer el seguimiento del proceso para revisar si el sistema de control total de calidad está funcionando bien y si no para evitar que se vuelva a cometer el mismo error.

También coinciden en que el formar equipos para la mejora de la calidad tienen resultados satisfactorios, ya que los miembros del equipo son responsables de diseñar el proceso de mejoramiento continuo y contribuyen creativamente a la implantación de las actividades de mejoramiento.

Deming y Crosby proponen un buen entrenamiento a los supervisores y para ayudarles a hacer su trabajo en forma correcta; Crosby habla de un entrenamiento para los supervisores en lo referente al programa de Cero Defectos, para que los supervisores puedan enseñar a sus subalternos la forma de llevarlo a cabo.

Con lo referente a las diferencias, la que más destaca es la existente entre Crosby y Deming, ya que el programa de control total de calidad de Crosby está enfocado a la implantación de un programa de "Cero Defectos", en donde lo más importante para él, es la prevención de errores y fallas, mientras que para Deming son catorce pasos que debe implantar la organización, los cuales no constan de un programa que se base en errores, sino que abarca los demás aspectos de la organización: la filosofía de Ishikawa, abarca los diferentes aspectos de la empresa al igual que Deming.

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: ORIGEN Y DESARROLLO EN MEXICO

Los primeros antecedentes de evaluación formal de la calidad de la atención a la salud datan de 1957, con la creación de la Comisión de Supervisión Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social, usando como principal instrumento el expediente clínico³⁰. Otro elemento importante que refleja la preocupación del IMSS por la calidad de la atención, ha sido la integración de comités médico-asistenciales de las unidades de salud.

Con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984,³¹ se establecieron las bases para dirigir el interés por la salud hacia los aspectos de la calidad de la atención, de entre estos aspectos dos son relevantes. En primer lugar, que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana y el disfrute de servicios de salud y de asistencia social, que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población y en segundo lugar como lo indica en su artículo 6 "Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

En 1988 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, una de las principales tareas fue la elaboración de las bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud³²

La clara conciencia de la importancia del desarrollo de estrategias en pro del continuo mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población mexicana queda asentada en el plan Nacional de Desarrollo 1989-1994³³, al señalar que "la calidad en la prestación de los servicios médicos sería motivo de atención permanente en todas las etapas del proceso, que van desde la búsqueda de atención médica, hasta la solución del problema de la consulta".

Se ha definido la garantía de calidad como el conjunto de acciones sistemáticas y continuas tendientes a incrementar beneficios y a evitar riesgos para los pacientes mediante la evaluación y monitoría de la calidad, el diseño, el desarrollo y los cambios organizacionales³⁴. Esto permite enmarcar diferentes estrategias de evaluación como sería el de aseguramiento, y el de mejoramiento continuo-calidad total. El aseguramiento, se caracteriza por el establecimiento de estándares y su periódica verificación externa, el mejoramiento continuo y la calidad total son estrategias que comprenden lo que se denomina una "filosofía" y "herramientas", de carácter principalmente estadístico, para el análisis y solución participativa de los problemas que afectan la calidad.

Se inicia con una fase de evaluación de la calidad tanto técnica como interpersonal, y se concluye con trabajos sobre estrategias de mejoramiento continuo-calidad total.

Buena parte de los estudios sobre la calidad de la atención en México se han realizado en el ámbito de la atención materno-infantil. Uno de los trabajos más

completos es el que realizó Bobadilla en 1984 ³⁵ cuyo principal objetivo fue determinar la contribución neta de la calidad de la atención prenatal y el parto a las tasas de mortalidad perinatal en la Ciudad de México, encontrando que mientras mayor era el número de médicos en formación, en relación con los médicos de base, mayor fue la tasa de mortalidad, la cual fue significativamente menor (25%) en los hospitales con mayor capacidad de resolución, este estudio aporta evidencias suficientes en cuanto a la desigual, y en muchos casos baja calidad, de la atención prenatal y del parto en la Ciudad de México.

Otro aspecto interesante de la calidad técnica de la atención médica lo constituyen las infecciones nosocomiales. El Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) ha publicado varios estudios entre los que destacan los publicados por Ponce de León y colaboradores, uno de ellos corresponde a la evaluación de la calidad y la eficiencia de las infecciones intrahospitalarias. El cual refiere que las infecciones de mayor frecuencia son las de vías urinarias, bacteremias y neumonías cuyos resultados obtenidos fueron comparados con otras investigaciones encontrándose que existe un índice de frecuencia de casos más bajos en otras instituciones que en el INNSZ. Las razones se deben posiblemente a defectos del sistema de registro de los casos en las otras instituciones. Si bien es cierto que un número de infecciones nosocomiales son inevitables, el estudio de los casos permite identificar una serie de factores que incrementan al riesgo de infecciones, posibilita la ejecución de acciones encaminadas a eliminar o disminuir tales factores, incrementando los beneficios a los pacientes y la eficiencia en la producción de los servicios de salud.

Sin duda uno de los factores determinantes en los resultados de la atención a la salud, en términos de calidad, es la conducta prescriptiva de los médicos. Durán y colaboradores ³⁶ realizaron un estudio de sombra para evaluar la calidad del proceso de atención y la conducta prescriptiva de los médicos en la consulta de primer nivel para la atención de la población abierta. este trabajo tuvo representatividad nacional.

Este estudio destaca además, deficiencias en el conocimiento de las características y el manejo de los problemas más frecuentes de salud a los que se enfrenta el médico, deficiencias que se manifiestan en una práctica con altos grados de incongruencia entre las actividades diagnósticas y las terapéuticas.

Gutiérrez, Muñoz, Guiscafré, Martínez, Castro y colaboradores en 1987, destacan aspectos relacionados con patrones prescriptivos de la atención médica, la finalidad principal del primer trabajo fue desarrollar y evaluar los patrones terapéuticos utilizados en la diarrea aguda, en dos unidades de atención primaria en el IMSS. Los resultados de esta serie de estudio reflejan serios problemas de calidad técnica en el manejo de un padecimiento frecuente, de fácil diagnóstico y tratamiento. Es evidente que el conocimiento y el manejo de las técnicas de diagnóstico y tratamiento dejan mucho que desear, y que se somete a los pacientes a riesgos innecesarios (deshidratación y desnutrición), pobres beneficios (tratamientos que no demuestren mayor efectividad) y altos costos de la atención, este estudio es un claro ejemplo en el que el binomio calidad y eficiencia demuestran su mutua dependencia.

Otro estudio importante es el realizado por Salinas en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), institución de tercer nivel que presenta servicios a

población abierta. El objetivo de este trabajo fue la determinación de la mortalidad perinatal prevenible y su relación con la responsabilidad y las deficiencias de la estructura y el proceso de atención prenatal y del parto, durante el período 1988-1991. Se encontró que a pesar de que esta institución recibe casos con mayor cantidad de riesgo de mortalidad, y a pesar de estar desarrollando desde hace varios años un programa de garantía de calidad, los resultados ponen de manifiesto deficiencias en la calidad de la atención y cabe preguntarse qué será de los casos en que no existen esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad de la atención.

Otro trabajo interesante es el realizado en 1992 por Camarena y colaboradores, titulado "Atención médica prenatal y del parto de bajo riesgo en la ciudad de Chihuahua, México. Continuidad, adecuación y calidad". Se estudió un total de 300 mujeres con puerperio hospitalario o parto en dos instituciones de seguridad social, dos para población de escasos recursos y tres privadas.

Se consideró como continuidad institucional de la atención cuando la mujer es diagnosticada, recibe al menos una consulta prenatal y se atiende el parto siempre en una misma institución. Se encontró que el 50% de los casos recibieron atención continua y el resto se conformó en distintos patrones mixtos de atención.

En suma, una gran cantidad de mujeres parturienta no recibió una atención prenatal y del parto de manera completa (continua), adecuada y de calidad; estas deficiencias ocurrieron predominantemente entre mujeres que fueron atendidas en instituciones públicas para población abierta.

El grupo Interinstitucional de Investigación en Sistemas de Salud. SSA-IMSS, realizó en 1993 un análisis secundario de la información proveniente de los certificados de defunción expedidos durante 1990, con la finalidad de estudiar las muertes en el hogar de niños con diarrea infección respiratoria aguda, después de haber recibido atención médica.

Los resultados más destacados son:

- a) la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica en menores de cinco años sin derechohabencia fue cinco veces mayor a la del IMSS y 19 veces mayor al ISSSTE;
- b) la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años fue también cinco veces mayor a la del IMSS y 11 veces mayor a la del ISSSTE;
- c) murieron en su hogar el 62.5% de los niños que fallecieron por diarrea aguda.
- d) el 63% y 61% respectivamente de estos casos había recibido atención médica previa al fallecimiento;
- e) para ambas causas de muerte, fue mayor el porcentaje de atención previa al fallecimiento, entre la población derechohabiente, y
- f) la atención médica previa al fallecimiento y el resto de las variables relacionadas con los servicios de salud no estuvieron significativamente asociadas con la mortalidad por cualquiera de las dos causas de muerte.

Parece evidente el problema de la mala calidad de la atención médica, ratificando de esta manera las conclusiones de los trabajos de Gutiérrez, Muñoz, Guiscafré, Martínez y Castro.

Estos resultados revelan problemas, que afectan la calidad de la atención a la salud, que influyen tanto los recursos con que se cuenta, como la forma en que éstos se organizan.

Estos aspectos organizacionales fueron estudiados por Ruelas y colaboradores durante el período 1988-1989,³⁷ a través de los problemas gerenciales que manifestaron los médicos directivos hospitalarios de las cinco instituciones públicas prestadoras de servicios de salud más importantes de la Ciudad de México.(SSA, IMSS, ISSSTE, Servicios Médicos del DDF. Y INS, Institutos Nacionales de Salud.) Obteniendo los siguientes resultados, más del 80% de los problemas percibidos por los médicos se concentraron en cuatro áreas: recursos humanos; recursos materiales, desempeño organizacional y recursos financieros.

Con relación a los recursos humanos; el ausentismo, bajos niveles salariales e incrementos en las cargas de trabajo, las políticas de congelación de plazas y al exceso de trabajadores comisionados.

En cuanto a los problemas de diseño organizacional, se percibió excesiva centralización en la toma de decisiones; deficiente coordinación, estandarización comunicación, y deficiente, inexistente e incluso contraproducente sistema de incentivos.

Un estudio que aporta conocimientos respecto a la satisfacción de los usuarios es el de Nájera y colaboradores.³⁸ En 1988 se realizó una encuesta a una muestra aleatoria de 2179 usuarios del Estado de México, quienes habían recibido atención médica en la Secretaría de salud, en instituciones de seguridad social y de medicina privada. El principal objetivo fue evaluar la percepción de la calidad de la atención a través del grado de satisfacción y las razones que lo fundamentaban, en general, la insatisfacción manifestada por los usuarios se debe a la mala calidad técnica de las acciones de exploración y diagnóstico(28%), a los tiempos de espera prolongados (22%), a la deficiente relación interpersonal o el mal trato del personal que brindó la atención (18%), a los efectos negativos o la ausencia de resultados de los medicamentos (14%), a la no resolución, y a la deficiente o inadecuada atención terapéutica y acciones de tratamiento durante la consulta (6%).

De este estudio permiten concluir que la percepción de la buena o mala calidad de la atención se relaciona de manera muy importante con los aspectos técnicos en la exploración y diagnóstico, sin distinción del tipo de institución.

El estudio sombra realizado por Campero³⁹ analiza la perspectiva pedagógica de la relación médico-paciente, en los distintos elementos del proceso de atención médica en consulta externa. Los resultados de este estudio son representativos de la calidad de la atención provista por los médicos en los centros de salud que dan servicios a población abierta en el estado de Oaxaca.

Como conclusión, este estudio destaca que más que de una relación médico-paciente, se trata de una relación médico-problema. Esta actitud persiste durante todo el proceso de atención. Las deficiencias en la calidad de la relación médico-paciente, demostradas en este trabajo van más allá de la dimensión interpersonal de la prestación de los servicios pues están ligados a los elementos técnicos del proceso de atención. En consecuencia, los resultados en términos de calidad dejan mucho que desear.

Aguirre-Gas ⁴⁰ realizó un estudio sobre la satisfacción de las expectativas de usuarios y proveedores, a través de encuestas de opinión en 33 hospitales del IMSS de este estudio se concluye que se cubren satisfactoriamente las expectativas de los pacientes que acuden a demandar servicios en esta institución, como de los proveedores de servicio. Vale la pena insistir en que las encuestas se realizaron a personas que en ese momento se encontraban utilizando los servicios, lo cual incrementa la probabilidad de encontrar expectativas satisfechas.

En 1990 la Coordinación General de Delegaciones del IMSS realizó la "Encuesta Nacional sobre Calidad y Calidez entre Usuarios y Prestadores de Servicios Médicos del IMSS". Teniendo como objetivo el medir una serie de eventos que intervienen en la calidad de los servicios de salud. Los resultados obtenidos en cuanto a las unidades de consulta externa los usuarios manifestaron estar suficientemente satisfechos con la accesibilidad de los servicios y con las instalaciones, con lo referente a los usuarios de hospitalización la percepción de la calidad de la atención fue buena en lo que se refiere a la utilización de los servicios de salud y de otros servicios de la unidad, en términos generales.

Estos resultados indican que hay algunos aspectos, tanto en el personal de salud como en los usuarios, cuyos niveles de calidad no son del todo aceptables.

En 1993, en un estudio realizado por el IMSS destaca que los usuarios tienen algún motivo de queja con respecto al servicio recibido, haciendo referencia principalmente a la prepotencia, mal trato del personal de la unidad, el excesivo tiempo de espera para entrar a consulta, la falta de medicamentos y en algunos casos los cambios de horario en las consultas y las negativas de atención en los servicios de urgencias, en general los usuarios manifestaron que el servicio brindado no fue satisfactorio.

IMOP GALLUP en 1993, realizó una encuesta de opinión sobre la campaña de comunicación interna y externa del IMSS entre los aspectos que son relevantes están:

*Saturación general, que provoca atención "en serie", deshumanizada y de baja calidad, así como dificultades y excesivos plazos para acceder a todos los servicios.

*Deficiencias en los diagnósticos, que se suman a las malas actitudes por parte del personal.

*Estandarización de los tratamientos, con la desventaja de que se ha reducido el cuadro básico de medicamentos.

*Si bien se tiene la seguridad de recibir atención médica, se cuestionan su calidad y oportunidad.

El Instituto Nacional De Estadística, Geografía e Información (INEGI) realizó, en octubre de 1993, la "Encuesta de Opinión sobre los Servicios De Salud", que se realizó en las ciudades de Guadalajara, Distrito Federal, y Monterrey

Se obtuvo información de la atención prestada por instituciones privada, IMSS, ISSSTE, hospitales de especialidad y de la SSA sobre conceptos tales como atención del personal médico, de enfermería, de archivo y recepción, así como tiempo para recibir la atención en consulta externa y servicios de hospitalización.

En términos generales, los hospitales privados y los hospitales de especialidades son los dos tipos de instituciones que mejor cubren las expectativas de atención de sus usuarios. Por otro lado, en las instituciones privadas la percepción que los usuarios tienen de las instalaciones y los recursos va de acuerdo con el nivel de satisfacción de expectativas de la atención brindada. En este sentido, la SSA muestra un buen nivel de satisfacción en relación con la percepción de los recursos e instalaciones para la prestación de los servicios. Por el contrario, podría esperarse que las instituciones de seguridad social tuvieran mayor nivel de satisfacción de sus usuarios en cuanto a las expectativas de atención, en relación con la cantidad de instalaciones y recursos que dedican a la prestación de servicios.

En contraste a los resultados obtenidos en otras investigaciones, en enero de 1994 la Confederación de Cámaras Industriales (CONCAMIN) realizó una encuesta de opinión acerca de los servicios que proporciona el IMSS en el sector industrial, se encontró que la opinión de los usuarios es no muy satisfactoria ya que refieren que el servicio no es muy bueno y en algunos casos las opiniones con respecto al trato del personal que les atiende dicen que es pésimo e incluso que en algunos casos les ha sido negado el servicio además de ser muy tardado. Al preguntar al encuestado si prefiere el servicio médico del IMSS o de un hospital privado la mayoría respondió preferir atención privada.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN UNIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

Las primeras y más importantes experiencias desarrolladas en este campo provienen del IMSS. A finales de la década de los cincuenta se iniciaron programas de Supervisión Médica, que se transformaron posteriormente en los de Auditoría Médica. El objetivo de estos programas era conocer la calidad de los servicios que se imparte, formular proyectos y sugerencias para mejorarlos, y fundamentar el otorgamiento de estímulos a partir de la revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional del médico, a través de análisis del uso del expediente clínico y de los servicios auxiliares de diagnóstico.⁴¹ En 1971 se creó el departamento de Evaluación Médica el cual incorporó otros elementos como es la evaluación de la atención médica a partir de hallazgos de autopsia, la evaluación de actividades clínicas de enfermería y la evaluación de la referencia de pacientes entre unidades médicas.⁴² Este programa se extendió a otras actividades clínicas institucionales trascendentes en la calidad de la atención médica, como son el grado de satisfacción de los usuarios y trabajadores, la precisión de los obstáculos y las deficiencias de los servicios que otorga la institución y las consideraciones de aspectos resultantes de la atención médica (morbilidad y letalidad hospitalaria).

Además, en el proceso mismo de evaluación se incorporó la participación de los propios proveedores de los servicios, haciendo más estimulantes y provechosas las acciones.⁴³

El estudio realizado por el INNSZ en cuanto al control de infecciones nosocomiales, publicado por Ponce de León, demuestra los beneficios que se pueden obtener gracias a la implantación de un programa de control de este tipo de infecciones.⁴⁴

En mayo de 1985 se inició un programa de control de las infecciones, el cual consideraba los siguientes aspectos: a) sistema de vigilancia, b) informe mensual de resultados, c) programa de educación continua, d) políticas de aislamiento de pacientes, y e) programas específicos como el control del cuidado de líneas intravasculares, sondas de Foley, catéteres subclavios para hemodiálisis y complicaciones postoperatorias.

Los resultados obtenidos destacan las relaciones entre calidad y eficiencia, pues la implantación de este programa ha estado fundamentalmente dirigido a disminuir tanto los riesgos como los costos de la atención médica y, en consecuencia, a brindar mayores beneficios a los pacientes.

MEJORAMIENTO CONTINUO – CALIDAD TOTAL

A pesar de los diversos estudios que demuestran los serios problemas de calidad de la atención a la salud en México, no han sido muchos los esfuerzos por instrumentar programas de garantía de calidad. El Instituto Nacional de Perinatología, el hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, el INNSZ, la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, los centros de rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el IMSS, los Servicios Médicos del DDF, algunas instituciones privadas como la clínica NOVA y Clínica VITRO en Monterrey, Nuevo León, MEXFAM y el Hospital ABC están actualmente desarrollando este tipo de programas. Desgraciadamente, en la mayoría de los casos no se encuentran publicadas las características y los logros obtenidos.

Sin embargo encontramos algunos que si están registrados como son el de Ruelas, Reyes Vidal y Zurita que en 1984 emprendieron la implantación de un programa de garantía de calidad de la atención médica -el primero como tal del que se tiene registro en México- a través de círculos de calidad, en el Instituto Nacional de perinatología.⁴⁵ Este programa, concebido como de investigación-acción, fue creado con el propósito de asegurar que las condiciones organizacionales bajo las cuales se proporcionaba la atención médica permitiera elevar la calidad de la atención, tanto en la dimensión interpersonal como en la técnica. En una primera etapa, esta experiencia se desarrolló en los servicios de Cunero de Transición y Alojamiento Conjunto Madre-Hijo.

Los resultados obtenidos al término del primer año se agruparon según dos aspectos. Por un lado se lograron modificaciones en el diseño organizacional de los servicios clínicos. La estandarización de una serie de procedimientos y las facilidades para adaptar estos estándares, han permitido mantener manuales actualizados.

El otro aspecto importante de los resultados fue el efecto en el proceso de atención médica. A través del análisis de las actividades prioritarias y la definición de estándares, se lograron optimizar los estudios de laboratorio y gabinete, pues se detectaron una serie de estudios innecesarios y se identificaron los procedimientos defectuosos. También se lograron importantes correcciones en los registros médicos, como son los expedientes clínicos y los informes diarios de actividades.

A pesar de que los primeros resultados obtenidos en este programa fueron óptimos, no todos los problemas fueron resueltos. Sin embargo, el programa ha evolucionado, extendiéndose hacia otras áreas de servicio clínico. Al comparar los resultados obtenidos por dos servicios (uno con estrategia de garantía de calidad y otro sin ella y haciendo además una evaluación antes y otra después de la implantación de la estrategia), se encontró que mejoraron significativamente tanto el registro de eventos hospitalarios, como la estrategia de garantía de calidad. El primer efecto se debió a la instrumentación más cuidadosa de los sistemas de monitoreo, que sirvieron de base para el análisis y resolución de los problemas

que se encontraron. El segundo efecto estuvo directamente relacionado con la mayor participación de todo el personal en el análisis de los problemas y en las decisiones que se tomaron para su resolución. También se detectó una tendencia general a mejorar los aspectos de morbilidad hospitalaria

Otra experiencia interesante fue la desarrollada por Reyes y Melendez en 1989, en el programa de inmunizaciones en un centro de salud de atención primaria del estado de México.⁴⁶ Los objetivos fundamentales de este programa fueron elevar la calidad del programa de inmunizaciones a través de la optimización de la programación, conservación y aplicación de vacunas, el incremento en la productividad, así como mejorar las relaciones inter-personales, la comunicación y la coordinación dentro del equipo de trabajo encargado del programa.

Antes de la implantación del programa de garantía de calidad mediante la estrategia de círculos de calidad, se desarrolló una evaluación de las condiciones del programa de inmunizaciones. Se consideró que la cantidad y las características de, los recursos asignados a su operación eran suficientes y adecuados respecto a lo propuesto por el Programa Nacional de vacunación. Por otro lado, se encontró que la cobertura entre 1983 y 1987 se mantuvo por debajo del 50%, con respecto a lo programado, para todos los biológicos. En cuanto al nivel de formalización, se calificó de deficiente en los aspectos de programación y suministro de insumos, e inexistente en lo referente a las normas para la prestación del servicio. Tampoco había documentación en relación con la potencia de los biológicos a nivel local y la red fría. Además se encontró que únicamente el 35% de los niños menores de cinco años tenía esquema de vacunación completo.

Posteriormente a esta evaluación se definieron los objetivos, las actividades con sus respectivas normas de realización y definición de responsabilidades; una serie de indicadores negativos de estructura, proceso y resultados, y un sistema de monitoría. Se procedió después a determinar la importancia de los problemas mediante criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Para ser analizados en las primeras sesiones de los círculos de calidad se seleccionaron los problemas de suministro insuficiente de insumos para vacunación, falta de información para la población, seguimiento deficiente de pacientes y relaciones deficientes entre proveedores y usuarios.

Los cambios organizacionales generados por el desarrollo del programa significaron mejoras importantes a los problemas detectados. El impacto de estas mejorías se refleja en el incremento de las coberturas de vacunación, con esquemas completos, en un 255 en promedio.

De acuerdo con diversos trabajos realizados, en México la calidad de la atención (medida en diferentes circunstancias, a través de distintos indicadores de la atención a la salud, en distintas instituciones públicas y privadas, y en diversos contextos) muestra deficiencias en grados variables. Hay suficiente evidencia para afirmar que, en general, la calidad de los servicios de salud deja mucho que desear tanto en su dimensión técnica como en la interpersonal.

La deficiencia en la dimensión técnica de la calidad son más evidentes en las instituciones del sector público que en las del privado. Sin embargo, esto puede deberse en gran medida a que no hay estudios suficientes sobre la calidad en este último sector. La mayor parte de los trabajos que involucran la prestación

de servicios se refiere a los aspectos de satisfacción de los usuarios, en donde este sector alcanza consistentemente mejores niveles de calidad.

Cabe considerar que la capacidad de elección de proveedores es un elemento fundamental en la satisfacción de las expectativas de los usuarios. Este aspecto está excesivamente restringido en las instituciones públicas y, en consecuencia, condicionado a que, según el tipo de servicio, las personas con capacidad económica (quienes cuentan con pólizas de seguros de gastos médicos mayores) utilicen preferentemente los servicios privados.

El interés de la mayor parte de las instituciones y de los profesionales de la salud se ha concentrado en la evaluación y el aseguramiento de la calidad, sin embargo, según los resultados obtenidos de los diferentes estudios no se han generado estrategias para la solución integral de los problemas, y la mayor parte, de las acciones no han impactado en el desempeño general de las instituciones.

Hasta hace pocos años no se contaba con un marco conceptual y metodológico, adaptado a las condiciones organizacionales de México, para la instrumentación de dichos programas. Calidad total o mejoramiento continuo requieren de un serio compromiso del personal involucrado en la prestación de los servicios; para ello es necesario que las decisiones se tomen de la manera más participativa posible.

Por otro lado, son evidentes los problemas de nuestras instituciones de salud desde el punto de vista organizacional. Es necesario estudiar sus efectos sobre el proceso y los resultados de la atención; ciertas características estructurales, tales como la deficiencia cuantitativa y cualitativa del personal de salud, la falta de incentivos progresivos, la excesiva centralización y burocratización de las actividades, la falta de estandarización de procedimientos, la falta de sistemas de mantenimiento preventivo y correctivo, etc. Estos aspectos, prácticamente inexplorados, han comenzado a cobrar gran importancia como elementos vitales para el desarrollo de los programas de garantía de calidad.

Finalmente, en México no existen experiencias en el estudio de las relaciones entre los costos y la calidad de la atención. Una de las grandes limitantes para el desarrollo de este tipo de estudios es la falta de sistemas de costos de la atención a la salud. La mayor parte de los sistemas están diseñados para el control contable más que para la evaluación económica de los servicios. El estudio de los costos sin duda agregaría solidez, tanto a la evaluación de la calidad, como a los programas de mejoramiento continuo en los servicios de salud.

LAS HERRAMIENTAS DENTRO DE LOS MODELOS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

Se puede afirmar que existen tantos "modelos" como autores han escrito sobre mejora continua de los servicios. Dentro de las más difundidas destaca la propuesta por E. Deming que tuvo gran aceptación en el Japón de la post guerra, cuyo principal atributo estriba en la retroalimentación entre teoría y práctica (práxis) como se verá en la exposición que de ella se hará en su oportunidad en este trabajo.

En el ámbito de los servicios de salud los modelos que en su momento ha propuesto A. Donabedian se utilizan en prácticamente todo el mundo, siendo el precursor de este tipo de trabajos en México. Debe reconocerse que Donabedian ha tenido -entre muchos- el mérito de construir modelos que se trascienden a sí mismos, adaptándose al progreso, evolución cultural y tecnológica.

Precisamente por la diversidad de modelos existentes, con poco consenso sobre su utilidad real y aplicación, en este trabajo se propone la exposición de técnicas de probada aplicación que pueden ser utilizadas dentro de cualquier contexto; o mejor aún, que deben ser seleccionadas considerando los elementos del entorno para su óptimo aprovechamiento.

A efecto de explicar la posición dentro de la que se circunscribe este trabajo, a continuación se realizará una breve exposición del modelo de mejora continua de la calidad que se propone como punto de inicio de los programas operativos en salud, sin menoscabo de la importancia académica que debe sustentar estos ejercicios.

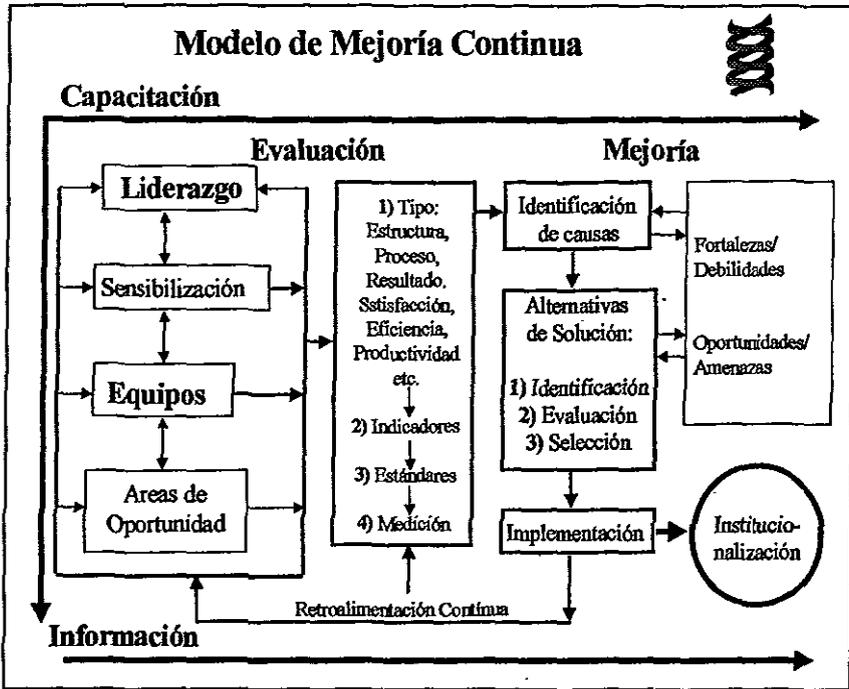
MODELO DE MEJORA CONTINUA

En primer término, debe diferenciarse entre los programas de mejora continua de calidad (y sus variaciones nominales) y los programas hacia una cultura de calidad, éstos últimos se conciben como la estrategia para estimular en las personas una actitud de responsabilidad que propicie el mejor empleo de los recursos y las relaciones personales para el logro de los objetivos de ambos; en vez de un simple calendario a cuyo término se concluyen las actividades de calidad en el trabajo, como suele ocurrir con los primeros.

Esta cultura de calidad trasciende el ámbito laboral al propiciar actitudes personales, familiares y sociales de calidad en la vida de quienes participan en ella, por lo que los trabajadores encuentran un espacio confiable para su realización personal en la medida de lo posible, reconociendo las limitaciones y aprovechando las oportunidades que les brinda la organización.

En el esquema que se presenta se consideran implícitamente todos los elementos anteriormente señalados, reduciéndose en mucho por la necesidad de esquematizar los principales componentes:

- Capacitación.
- Información.
- Evaluación.
- Mejoría.
- Retroalimentación.
- Institucionalización.



Como se ilustra, la **capacitación** debe darse de manera continua a lo largo y ancho del tiempo. Por capacitación se entiende la incorporación de métodos, técnicas, habilidades y actitudes que permitan que las personas desempeñen su trabajo con mayor calidad y eficiencia; así, debe elaborarse y reelaborarse continuamente un programa adecuado y oportuno de capacitación a todos niveles, en lo que directivos y operativos perfeccionen sus capacidades y se incorporen eficientemente al trabajo *hacia la cultura de la calidad*.

La **información** también debe estar presente en todo momento en este proceso de establecimiento de una cultura hacia la calidad, todos los participantes en los equipos y todos los integrantes de la organización deben estar clara y perfectamente enterados de las actividades a efecto de lograr su apoyo y participación, deben difundirse los logros, expectativas e incluso los retrocesos.

La primera fase del proceso es homóloga a la etapa de previsión/planeación que se utilizó en los años 70's y 80's en el ámbito administrativo, a diferencia de aquellos modelos, la propuesta que se presenta considera como requerimiento fundamental la flexibilidad en sus planteamientos, porque en la operación de los servicios de salud (como en cualquier otro) suelen presentarse diversas condiciones que imposibilita la aplicación mecánica de los esquemas; así, se asume que la fase de evaluación puede iniciarse en cualquiera de las áreas que se interrelacionan para conformar la primera columna:

El inicio o reinicio de una etapa de mejora puede tener su desencadenante en una persona líder (organizacional o moral), en un grupo o equipo con interés formal o informal, asumido o asignado o que por cualquier motivo deba (o quiera) resolver una situación, en la identificación de un "problema" que se considere como un área de oportunidad o como resultado de la sensibilización para la mejoría continua.

Cualquiera de estos elementos puede generar el impulso inicial para la evaluación de una condición determinada; pero es conveniente que se involucren los restantes para disponer de una base firme sobre la cual se soportará el resto de las acciones.

Una vez alcanzada esta fase, se procederá a la definición clara y precisa del tipo de evaluación que se desea realizar, para posteriormente identificar sus indicadores (variables) y estándares de aceptación o rechazo que sirvan para la evaluación o medición basal que permitan dimensionar adecuadamente la situación.

En la etapa de mejoría se requiere que los equipos y líderes se den a la tarea de identificar las causas y circunstancias que influyen para que se presente la situación, analizando los factores intrínsecos y extrínsecos de la organización, en especial las fortalezas y las debilidades, las oportunidades y amenazas que se presenten en ese momento.

De igual manera se consideran los factores ínternos y externos de la organización al explorar las alternativas de solución, iniciando con la identificación del mayor número posible de éstas, para proceder a evaluarlas y seleccionar la que más convenga a la situación concreta que se aborda.

Cuando se han identificado las acciones a seguir, se procede a su implementación, efectuando los ajustes y adaptaciones pertinentes para la retroalimentación del proceso de mejora, a efecto de lograr que esta sea continua. Dado el caso, se concluirá con la incorporación de estas modificaciones a la estructura formal de la organización, lo que se puede lograr a través de la documentación, actualizando los manuales, estructuras o procedimientos que se venían realizando.

CAPITULO 2 OBJETIVOS y METODOLOGÍA

Objetivo General

1. Identificar las principales necesidades de los directivos y/o responsables de los programas de calidad, en materia de técnicas y dinámicas auxiliares en la capacitación en el área de la calidad de los servicios de salud.

Objetivos Específicos

- 1.- Seleccionar las dinámicas y técnicas más apropiadas para la capacitación en el área de la calidad en los servicios de salud.
- 2.- Validar empíricamente las dinámicas y técnicas seleccionadas.
- 3.- Integrar funcionalmente las técnicas y dinámicas seleccionadas.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se empleó una metodología exploratoria, consistente en las cuatro fases:

- 1.- Identificación de las necesidades de los responsables de las áreas de calidad
- 2.- Documentación y selección de las herramientas para cada grupo de necesidades.
- 3.- Prueba piloto de las herramientas seleccionadas.
- 4.- Integración de las herramientas dentro de un cuerpo lógico, coherente y sistematizado, a modo de manual o catálogo para su consulta de manera accesible.

Dentro de la primera fase se realizaron entrevistas con responsables del área de calidad en una muestra propositiva que incluyó los siguientes servicios de salud.

Hospital Pediátrico Villa, del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (Dra. Martha Ramírez Rojas, directora del Hospital).

Hospital General La Villa, del Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (Dr. Guillermo Trujillo Terán, Asistente de la Dirección S.S.D-F-).

Hospital Materno Infantil Inguarán, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal (Dr. Roberto Gómez García, Unidad de Programación y Evaluación).

Dirección de Modernización de la Secretaría de Salud (Lic. Saúl Berna Martínez, Jefe del Departamento de Gestión).

Consultores en Servicios de Salud S.A. de C.V. (Dr. Antonio Hurtado Beléndez, Director Ejecutivo).

Subdirección de Enseñanza y Capacitación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (Dra. Celina Martínez Mendieta, Jefa del Departamento de Capacitación y Coordinadora del Diplomado en Gerencia en Servicios de Salud).

Estas entrevistas se realizaron siguiendo la metodología propuesta por Acevedo en la que se definen los objetivos, alcances, limitaciones y estrategias fundamentales para la aproximación al área de análisis, utilizándose en este trabajo la de carácter semiestructurado.

Para concluir esta primera fase, se categorizaron las respuestas según su afinidad y coincidencia, agrupándose en las etapas descritas en el contenido del trabajo:

- I) La Ventana de la Calidad.
- II) Mensajes.
- III) Conformación de los Equipos de Calidad.
- IV) Identificación de Oportunidades de Mejoría.
- V) Selección de Áreas de Oportunidad.
- VI) Medición Inicial.
- VII) Propuestas para la Mejoría.
- VIII) Desarrollo de las Propuestas.
- IX) Evaluación.
- X) Consolidación

Debemos iniciar reconociendo que la búsqueda de la calidad es -ante todo- un proceso creativo.

El valor de las herramientas se encuentra en la habilidad de las personas para utilizarlas.

La calidad es un proceso continuo que se alcanza en equipo.

Por ello, desde este inicio debe señalarse la diferencia esencial entre los Grupos y los Equipos de trabajo. Los Grupos trabajan juntos hacia un fin común; en los Equipos además las personas se comprometen con ellos mismos y con sus compañeros, con el Equipo y con la organización, con el proceso y los resultados, con las oportunidades y los éxitos.

CAPITULO 3 HERRAMIENTAS PARA LA CALIDAD

CATALOGO DE HERRAMIENTAS PARA LA CALIDAD

1. Personificadores.
2. Seis "S" Japonesas para Mejorar Nuestra Vida.
3. Fiesta de Presentación.
4. Equipos de Calidad
5. Lluvia de Ideas
6. Multivotación
7. Revisión de Indicadores
8. Sugerencias de los Trabajadores
9. Encuestas a los Usuarios
10. Propuestas de las Autoridades
11. Comparación con Organizaciones Similares
12. Eventos Centinela
13. Figuras Ricas
14. Gráficos
15. Matriz de Ponderación
16. Gráfico de Pareto
17. Diagrama de Proceso
18. Diagrama de Ishikawa
19. Escala de Likert
20. Muestreo
21. Calibración de los Instrumentos
22. Características de los Formatos
23. Coordinación de Reuniones de Trabajo
24. Seis Sombreros para Pensar
25. Técnica LEGUP
26. Reingeniería
27. PHVA
28. Cronogramas
29. Control Estadístico de los Procesos
30. Tablas de Contingencia
31. Pirámides
32. Bitácora de Control

APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE CALIDAD

Por razones que se comprenderán al finalizar la actividad esta aproximación se realizará a través de la dinámica

“PERSONIFICADORES”

1. Sin obrar explicación alguna el Coordinador de la actividad solicita a los asistentes que elaboren un personificador que permita identificarlos, contando para ello con 60 segundos.
2. *(Una vez concluido este tiempo los asistentes habrán confeccionado una gran variedad de personificadores).* El Coordinador evidenciará esta diversidad así como la confusión y desorden en que se desarrolló la actividad, contrario todo ello al concepto de “Calidad”.
3. Se solicita a los asistentes que desechen estos personificadores y se acumulan sobre una mesa o escritorio.
4. Se entregan hojas tamaño carta para hacer un segundo personificador y se proporcionan más indicaciones; por ejemplo: Qué es un personificador, si se inicia con nombres o apellidos, se permiten o no rayas o dibujos, etc.
5. Se elaboran los personificadores en 60 segundos.
6. Se analizan las variaciones que aún persisten, por lo que también se desechan estos personificadores y se acumulan con los anteriores.
7. Se entregan hojas tamaño carta para hacer un nuevo personificador y se proporcionan más indicaciones; por ejemplo: Si se incluyen títulos profesionales, si se utilizan solamente mayúsculas, las medidas que deben tener los personificadores, el tipo y tamaño de la letra, etc.
8. Se repite el procedimiento (puntos 5 a 7) cuantas veces se considere conveniente.
9. Para finalizar la actividad se discute ésta grupalmente, explorando:
 - El costo de la “No-calidad” (Véanse las hojas desechadas).
 - El tiempo de la “No-calidad”.
 - El ambiente de desconcierto inicial.
 - La importancia de la claridad de las expectativas.
 - La definición de calidad por parte del cliente (Coordinador).
 - El papel del directivo en la consecución de la calidad.
 - Calidad es “de acuerdo a las especificaciones”.
 - Calidad es “lo que quiere el cliente”
 - Otras que surjan del grupo.

Así, se afirma la máxima:

Las Calidad No Cuesta.

La calidad es una inversión que genera ahorros de todos los recursos: Menos tiempo de trabajo, menos desperdicio de material, menor desgaste de equipo e instrumental, menos recursos para corregir los errores, menores tiempos de estancia en los servicios y hospitales, etc.

Calidad es hacerlo bien a la primera.

Como ejercicio personal identifique los re-procesos, desperdicios y gastos que ha realizado para corregir errores propios o de compañeros de trabajo.

¿Sabe usted el costo de estos errores?

No solamente fue más caro, sino que la oportunidad y la confianza se pierden si no tenemos Calidad en nuestro trabajo.

Por ello, promovamos en nuestra vida, el trabajo y con las personas que nos rodean

UNA CULTURA DE CALIDAD.

I) LA VENTANA DE LA CALIDAD

Al analizar el Tablero de Mejoría de la Calidad expuesto por Durán y colaboradores ⁴⁷ a partir de una propuesta original de los Centros de Control de Enfermedades de los E.U.A., se consideró conveniente trascender los alcances informativos de las actividades de los equipos de calidad, incorporando mensajes hacia los trabajadores y usuarios de los Servicios de Salud; así, la Ventana de la Calidad es un vínculo de comunicación entre prestadores de servicios y usuarios, trabajadores y autoridades, miembros de los equipos de calidad y no participantes en ellos, autoridades locales y centrales, etc.

La Ventana de la Calidad es un "periódico mural" en que se exponen mensajes, problemas, avances y reflexiones relacionadas con la calidad en todas sus acepciones; así, puede ser utilizada para transmitir mensajes, informar, solicitar participaciones e incluso recabar opiniones.

Pueden crearse cuantas Ventanas de Calidad se desee, ubicándolas en sitios estratégicos; así por ejemplo, en oficinas y Hospitales suelen transmitirse mensajes a los trabajadores colocándolos junto al reloj checador y en la entrada de las oficinas, a los pacientes en las salas de hospitalización y a los familiares en los pasillos por los que transitan durante las horas de visita.

Estos mensajes se presentan en estilos, tamaños y colores distintos cada uno, de manera que las personas identifiquen los cambios.

"No se trata solamente de tener una revista o tableros de anuncios. Estos son únicamente medios. Lo que importa es el contenido"

A. Arvizu ⁴⁸

Debe reconocerse que nos hemos acostumbrado a ignorar los carteles y avisos, por lo que el líder y los equipos de calidad deberán utilizar toda su creatividad para atraer a los destinatarios, se recomienda que los mensajes sean atractivos, breves, concisos y proactivos, de manera que realmente motiven a las personas a su lectura.

A diferencia del "Tablero de Calidad" estas Ventanas no deben respetar dimensiones, divisiones o formatos estrictos, sino que se constituyen conforme a las necesidades y conveniencias de los servicios.

La permanencia de cada Ventana será determinada por los equipos o el líder de calidad según el contenido y destinatario de cada una; así, la promoción de la lactancia materna se realiza en los Hospitales "Amigo del Niño y de la Madre" de manera constante, enfática y permanente, por lo que siempre existen mensajes

alusivos a ella en sus instalaciones, a diferencia de la promoción del autocuidado a la salud, que se actualiza conforme las estaciones climáticas, incidencia de enfermedades específicas y a los Programas Nacionales e Institucionales de salud.

Estas Ventanas pueden utilizarse para informar a los trabajadores sobre aspectos tan variados como índices de productividad, información administrativa, derechos y obligaciones de los trabajadores, tasas de mortalidad, designación de empleado del mes, nombramientos de personal, etc., con el propósito fundamental de promover el conocimiento e identificación de los trabajadores con su Unidad, eliminando el aislamiento característico de los grupos de trabajo, para fomentar la conformación de verdaderos Equipos.

En Clínicas y Hospitales se han utilizado franelógrafos, pizarrones o carteles para informar a los usuarios sobre los procedimientos que deben seguir para su atención, incluyendo los nombres y teléfonos de los responsables en cada turno e incluso los teléfonos particulares de los directivos con quienes pueden comunicarse en caso de no recibir atención oportuna o de calidad adecuada.

II) MENSAJES

Como se señaló anteriormente, la Ventana de la Calidad puede utilizarse para transmitir información de la más variada naturaleza a efecto de motivar a las personas para que incorporen actitudes de calidad en su vida y trabajo.

Así por ejemplo, en varias oficinas y Servicios de Salud se ha propuesto una estrategia básica de orden, para lo que se realizó una adaptación de las 6 "S" Japonesas, como se presenta a continuación:

6 "S" Japonesas para Mejorar Nuestra Vida

Los japoneses no son más inteligentes que nosotros, ni tienen secretos extraordinarios para hacer las cosas, simplemente SON MEJOR ORGANIZADOS, por eso obtienen buenos resultados en su vida y su trabajo.

Nosotros no queremos ser exactamente como ellos, pero podemos aprender su estrategia para el EXITO.

° ADELANTE °

PRIMERA: SEIRI (ARREGLAR)

1. Separar en nuestra área de trabajo lo NECESARIO para el trabajo que estamos haciendo, **retirar lo que no ocupemos.**
2. Deshacernos de lo que ya no se utiliza.
3. Arreglar de inmediato los desperfectos.
4. Cumplir con las reglas del lugar.

SEGUNDA:**SEITON****(ORDENAR)**

1. **Poner las cosas en su lugar** para que estén seguras.
2. Ordenar las cosas para que no se maltraten y tener a la mano las que se utilicen.
3. Marcar adecuadamente las cosas para su fácil localización.

TERCERA:**SEISOU****(LIMPIAR)**

1. **Evitar basura en nuestra área de trabajo.**
2. Recoger y colocar en su lugar las cosas que estén tiradas.
3. Buscar y corregir desperfectos en área y equipo de trabajo.
4. Presentarse a laborar con adecuada limpieza personal.

CUARTA:**SEIKETSU (CONSERVAR)**

1. **Mantener el orden alcanzado con las "S" anteriores.**
2. Evitar ensuciar o desordenar.
3. Mantener nuestro cuerpo limpio.

QUINTA: SHUKAN (HABITO)

Practicar los logros alcanzados con las "S", aplicarlas en nuestra casa, escuela y vida personal.

SEXTA SHITSUKE (DISCIPLINA)

- 1. Respétese a sí mismo y a sus compañeros, siguiendo las reglas de educación y orden en el trabajo.**
- 2. Cumpla con su trabajo como le fue solicitado, para evitar las repeticiones y correcciones que sólo le hacen gastar su tiempo y desperdiciar los recursos.**

AHORA...

Revíse sus cajones, sobre su escritorio y su oficina

¿ Podría mejorar ?

¿ Está orgulloso de cómo vive su vida ?

¿ Podría vivirla mejor ?

Su trabajo es muy importante para todos, pero...

¿ Puede hacerlo aún mejor ?

¿ Cuántas "S" aplica ?

!! TODAS SON MEJOR !!

El impacto causado por esta propuesta hizo que varios funcionarios y trabajadores las solicitaran para exponerlas en otras áreas, incluso en sus domicilios.

Cada equipo o líder podrá explorar alternativas para transmitir sus mensajes a las personas; así, en un Hospital del Sector Salud la Jefe de Enfermeras hace llegar los mensajes de calidad colocando notas personalizadas en las tarjetas de control de asistencia de su personal.

Por su parte algunos profesores intercalan entre las diapositivas que utilizan en sus exposiciones, algunas que promuevan actitudes de superación personal y calidad, como las que se exponen a continuación:

SUERTE ES ESTAR PREPARADO PARA APROVECHAR LAS OPORTUNIDADES.

LAS PERSONAS DEBEN:

1. Saber qué tienen que hacer.
2. Conocer cómo deben hacerlo.
3. Tener con qué hacerlo.
4. QUERER HACERLO.

Si no sabes qué, cómo o con qué hacer tu trabajo
PREGUNTA... pero vamos ha hacerlo.

"Solamente quienes confían en si mismos pueden tomar decisiones acertadas"
N. Branden ⁴⁹

III) CONFORMACION DE LOS EQUIPOS DE CALIDAD

En términos generales, los Equipos de Calidad se constituyen:

- Para atender una situación previamente identificada.
- Como un Comité que fomentará la Calidad a través de la atención de problemas aún no definidos.
- Para el desarrollo de Programas de Mejora Continua de la Calidad.

Así, las etapas aquí propuestas con los números IV (Conformación de Equipos) y V (Identificación de Areas de Oportunidad) podrán invertirse; no obstante, en ambos casos es ampliamente recomendable propiciar la integración de este Equipo en torno a su nueva actividad.

Para la conformación de los equipos "Por lo general es bueno solicitar voluntarios de áreas claves identificadas previamente, pero los voluntarios deberán entender que no serán escogidos solo porque se ofrecieron a hacerlo, ya que los líderes deberán asegurarse que estos sean las personas idóneas para el trabajo"⁵⁰

Para fomentar el acercamiento entre los integrantes del grupo se sugiere la siguiente dinámica:

"FIESTA DE PRESENTACION"

1. Se solicita a cada persona que en una hoja blanca tamaño carta haga una de las siguientes variantes (escogida por él mismo o por el Coordinador)
(10 minutos)
 - Uno o varios dibujos de él mismo.
 - Dibujar un pastel con rebanadas de diferentes tamaños, significando cada una -en porcentaje- lo que dedica a diferentes aspectos de su vida.
 - Realizar una gráfica de su vida, indicando el momento actual.
 - Escribir -con letra clara y grande- una descripción de sí mismo.
2. Las hojas se prenden en la espalda de cada participante.
3. Las personas caminan lentamente y en silencio por el salón, leyendo las hojas de los demás participantes.
(10 minutos)
4. En sesión de preguntas y respuestas se profundiza en los aspectos que más hayan interesado a cada persona del resto de los participantes.
(15 minutos)
5. Se comenta el ejercicio.

Este ejercicio tiene como propósito el lograr un conocimiento interpersonal rápido y desinhibido, por lo que el Coordinador deberá fomentar el ambiente de confianza, pudiendo incorporarse él mismo como uno más de los miembros del grupo.

A diferencia de la anterior, la dinámica que se expone a continuación se recomienda para integrar los Equipos de Calidad constituidos para atender un problema definido, por lo que también pudiera utilizarse posterior a la etapa V "Identificación de Areas de Oportunidad"

"EQUIPOS DE CALIDAD"

1. Constituir Equipos de 6 a 9 personas.
2. El Equipo selecciona un Coordinador que guiará las actividades y expondrá los resultados.
3. Cada miembro utilizará 2 minutos para presentarse: nombre, profesión, actividad, adscripción, interés en participar en los Equipo de Calidad, etcétera.
4. De manera grupal se asigna un nombre, lema y logotipo al Equipo.
(15 minutos)
5. Los Coordinadores presentan a sus Equipos: (2 minutos por Equipo)
 - Nombre, lema y logotipo del Equipo.
 - Personas que lo integran.
 - Principales motivaciones de la participación en este Equipo.

(A modo de anécdota desea comentarse que un Equipo integrado por funcionarios de los Institutos Nacionales de Salud se denominó "Los Super Auditados", nombre que al ser expuesto al pleno de la reunión provocó el reconocimiento de los cerca de 300 asistentes a través de risas y aplausos.)

Lo más importante de esta etapa es estimular el sentimiento de orgullo y pertenencia de los miembros con sus Equipos, a efecto de inducir su participación y compromiso, como señala Horst H. Schulze "Somos una organización muy exitosa (...) Pero la cuestión clave que hemos llevado a cabo ha sido involucrar a nuestros empleados en el proceso. Honestamente involucrarlos como seres humanos, como trabajadores comprometidos en el sueño de crear algo excelente"⁵¹

Por ello, debe tenerse presente que los equipos de trabajo suelen transitar por cuatro etapas⁵².

- 1.- Formación.
- 2.- Conflicto (lucha por el liderazgo).
- 3.- Organización.
- 4.- Realización de las tareas.

El Coordinador deberá estar atento a identificar los avances e incluso retrocesos que puedan manifestarse, estimulando la participación de todos los integrantes para alcanzar las metas.

La participación de cada miembro del Equipo es muy importante, cada quien desde su perspectiva y con su experiencia tendrá mucho que aportar al trabajo, por lo que debe estimularse un ambiente de creatividad, libertad y compromiso.

**"SI UNA CADENA TIENE CINCO ESLABONES DE ACERO Y UNO DE PAPEL,
TIENE LA FUERZA DEL PAPEL"**

G. Gutiérrez G. ⁶³

En Japón, el 62% de las empresas encuestadas durante la realización del Estudio Internacional de Calidad reportó que solamente participan en los Equipos de Calidad entre el 0 y el 25 % de sus trabajadores ⁵⁴, por lo que debe evitarse la tentación de incorporar obligatoriamente a todos los trabajadores en los Equipos de Calidad, pero tampoco debe permitirse que estén integrados siempre por las mismas personas; así, podría desarrollarse una estrategia conjunta de participación voluntaria e inducida por la autoridad, con la intención de atrapar el interés de éstos últimos mediante la consecución de logros significativos también para ellos.

Una vez constituidos los Equipos, la Ventana de la Calidad se utilizará para difundir su integración; así, en una o dos cuartillas se expondrá el nombre, logotipo y lema de cada Equipo y -de ser posible- la fotografía de los integrantes, sus nombres, áreas de adscripción o la información que se juzgue conveniente transmitir.

NOMBRE DEL EQUIPO
"Lema"

Logotipo

<p>Integrantes</p> <hr/>		

IV) IDENTIFICACION DE AREAS DE OPORTUNIDAD

Se pueden identificar "problemas" que requieren mejoría de muy diversas maneras, entre otras:

- Identificación por parte del Equipo de Calidad.
- Revisión de indicadores.
- Sugerencias de los trabajadores.
- Encuesta a usuarios.
- Propuestas de las autoridades.
- Comparación con organizaciones similares.
- Eventos centinela.

Estas áreas de oportunidad permitirán a los Equipos mejorar la calidad de los servicios, por lo que deben considerarse muy seriamente.

• IDENTIFICACION DEL EQUIPO DE CALIDAD.

Un primer acercamiento a las áreas de oportunidad puede efectuarlas el Equipo de Calidad a través de la lluvia de ideas, cuya técnica se describe a continuación:

LLUVIA DE IDEAS (Modificada)

Lo fundamental de esta técnica es que todos los participantes tengan plena conciencia que se busca CANTIDAD de ideas, sin importar -inicialmente- la calidad de las mismas.

Se busca estimular la creatividad, por lo que debe fomentarse la participación de todos los asistentes.

1. Se escribe en un pizarrón o rotafolios el tema preciso sobre el que se va a trabajar.
2. Se enfatiza a los asistentes que se requiere la mayor cantidad de ideas aunque parezcan poco viables o realistas, y que no se sujetarán a crítica alguna.
3. Se solicita a los participantes que escriban sus ideas en torno al tema que se trabaja. (10 minutos)
4. Se inicia la primera ronda de exposición, exponiendo cada participante una de las ideas que escribió, las que se transcriben al pizarrón o rotafolios (los

participantes tacharán de sus listas las ideas que se vayan exponiendo a efecto de evitar duplicidades).

5. Se realizan cuantas rondas sean necesarias para agotar el tema. Puede permitirse a los participantes que sugieran ideas que inicialmente no consideraron e incluso que una vez agotada su lista de ideas no aporten otras; pero debe procurarse sistematizar las participaciones (por ejemplo en "rondas") a efecto de evitar monopolizarla.
6. Una vez agotada la lluvia de ideas, se revisa la lista, aclarando las ideas que no sean comprendidas por todo el Equipo.
7. Se eliminan las ideas repetidas y se integran las similares.
8. Se depura la lista, borrando las ideas poco viables.

Complementariamente, se puede realizar un procedimiento de selección inicial a través de

MULTIVOTACION

1. A partir de la lista anterior, se solicita a cada participante que otorgue -por ejemplo- tres votos (uno a cada idea) según considere su importancia.
2. Se suman los votos y se eliminan las ideas que tengan menor puntuación.
3. Se repite el procedimiento cuantas veces sea necesario hasta reducir la lista al número de ideas que se requieran. **No se debe reducir a sólo una idea.**

Con base en las ideas seleccionadas se conforman los Equipos de Calidad, permitiendo -en lo posible- que cada participante se integre al que desee.

REVISION DE INDICADORES.

Esta actividad debiera ser una hábito no solamente de los directivos, sino del personal de salud en general; para ello, es necesario que los sistemas de información sean precisos y oportunos y que estén al alcance de los trabajadores; así por ejemplo, en los hospitales es sumamente útil la existencia de libretas para el registro de los ingresos y egresos de cada servicio, indicando los motivos de

éstos, información que al ser revisada por los médicos, enfermeras y autoridades sirve de orientación sobre su desempeño.

"Con demasiada frecuencia en las organizaciones, el análisis se utiliza como un mecanismo de defensa antes que como un medio para mejorar el rendimiento individual y empresarial"

Hodgson y Crainer ⁵⁵

SUGERENCIAS DE LOS TRABAJADORES.

Existe una máxima en Calidad Total que señala: "Nadie conoce mejor el trabajo que quien lo realiza"; por ello, se debe considerar al personal operativo como la fuente de opinión mas adecuada para identificar áreas de oportunidad en la mejora continua de la calidad.

Rosenbleuth ⁵⁶ refiere la experiencia positiva de haber colocado buzones de sugerencias para que los trabajadores hagan llegar sus ideas, quejas y propuestas a los directivos con quienes laboran; así, además de los habituales buzones para los usuarios, pueden colocarse buzones para trabajadores en las áreas internas de los servicios de salud.

Además, pueden recabarse las opiniones, a través de acercamientos "casuales", entrevistas formales o informales, encuestas de respuesta anónima (para estimular la veracidad de las respuestas) o cualquier otro medio, procurando que TODOS los trabajadores tengan la oportunidad de expresar sus opiniones por igual, para evitar que estas consultas se vuelvan un mecanismo de autocomplacencia.

Por supuesto, la opinión de los operarios también será fundamental en la exploración de alternativas para el mejoramiento de los servicios, como se reiterará en el apartado VII "Propuestas para la Mejoría"

ENCUESTA A USUARIOS

Toda la filosofía de la calidad se orienta a la satisfacción de los "clientes", son ellos quienes pagan directa o indirectamente los servicios, con sus pagos, consumos e impuestos.

Desde hace años se realiza la evaluación de la satisfacción de los usuarios como una herramienta para la mejora de los servicios de salud; así, se han presentado informes de consultas sobre las expectativas de los pacientes o sus familiares ⁵⁷⁻⁵⁹ que desafortunadamente no se han sistematizado lo suficiente para establecer

comparaciones entre similares Servicios de Salud o para poder cuantificar las modificaciones que se esperarían como resultado de alguna intervención.

Así, un programa de mejora continua de la calidad debe considerar entre sus elementos la consulta sistemática a los usuarios de los servicios, a efecto de poder apreciar el impacto de las actividades que se realizan.

"Es sorprendente percatarse de cuántas empresas no se han tomado la molestia de preguntar a sus clientes lo que es importante para ellos"

K. Albretch ⁶⁰

Un cuestionario debe someterse a pruebas de validez y confiabilidad ⁶¹⁻⁶³ que garanticen su científicidad, lo que suele ser complejo y tardado; por ello, si el trabajo que se está desarrollando no tuviera alcances de investigación, se pudiera utilizar la opción de "Prueba de la Prueba", propuesta por Goode y Hate ⁶⁴, que se limita a la aplicación reiterada de los instrumentos de recolección de información hasta alcanzar una consistencia aceptable a criterio de los interesados, para lo cual sería conveniente contar con el apoyo de profesionales en la materia, investigadores experimentados o personas externas al proceso que auxilien al Equipo de Calidad para alcanzar una mayor objetividad en sus instrumentos.

PROPUESTAS DE LAS AUTORIDADES

El apoyo de las autoridades es una condición **IMPRESINDIBLE** para el desarrollo de actividades y programas de mejoría de la calidad; sin embargo, por más involucradas que se encuentren al no tener pleno control de sus agendas es poco el tiempo efectivo que pueden dedicar a ellas.

Además, algunos directivos mantienen un velado recelo hacia los programas de calidad por el supuesto riesgo que implica hacia su autoridad, por ello es recomendable transmitir la seguridad y confianza que significa el trabajo de los Equipos de Calidad en beneficio de la organización.

LAS AUTORIDADES DEBEN SER PARTE DEL EQUIPO DE CALIDAD

Para subsanar estos problemas, se sugiere a los Equipos de Calidad considerar la pertinencia de atender las demandas de estos "clientes", ya que ellos por su posición estratégica tienen elementos importantes que aportar en la selección y

análisis de las áreas de oportunidad, que pudieran escapar al resto de los integrantes del Equipo.

Así como no es conveniente que los Equipos de Calidad se transformen en grupos políticos o sindicales, tampoco lo es que se subordinen a las autoridades, por lo que sus sugerencias deben ponderarse oportunamente y desecharse si así lo juzga el Equipo.

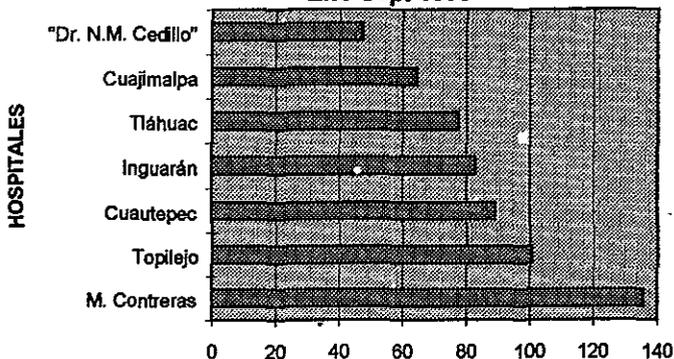
COMPARACION CON ORGANIZACIONES SIMILARES

En prácticamente todas las áreas las comparaciones son ineludibles, por lo que esta actividad puede convertirse en una excelente herramienta para la identificación de oportunidades de mejoría en los Servicios de Salud.

La comparación con otras organizaciones debe realizarse con fines pro-activos que impulsen a los Líderes y Equipos de Calidad hacia la mejoría, con una actitud abierta al cambio y al reconocimiento de posibles deficiencias, fallas o errores, como una verdadera oportunidad de mejoría.

Puede realizarse la comparación de información en múltiples áreas, como son los alcances de las metas, el ejercicio del presupuesto, la incidencia de patologías, la eficiencia y productividad de los servicios, las prestaciones a los trabajadores y todas aquellas que identifique el líder creativo.

HOSPITALES MATERNO INFANTIL, DGSS DDF
Promedio Mensual de Tratamientos por Odontólogo,
Ene-Sep. 1996



FUENTE: Referencia 65

Suele exigirse que las comparaciones se realicen entre servicios similares, lo que no debe convertirse en una limitante para el líder creativo, quien podría -por ejemplo- comparar el desempeño de los servicios de Admisión, Dietología, Mantenimiento o Intendencia de un hospital con los correspondientes de un hotel.

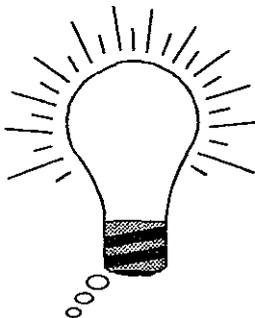
Estas comparaciones no deben limitarse a los aspectos cuantitativos, sino que deben hacerse también en las características de los servicios.

Prácticamente todos los trabajadores estarán interesados en comentar sus experiencias positivas al haber recibido un servicio de excelencia incluso en áreas muy distintas a nuestros servicios, por lo que es muy conveniente considerarlas en el desarrollo de las actividades hacia la Calidad.

EVENTOS CENTINELA

Existen algunas situaciones cuya presentación significa una alarma para el sistema, como puede ser la elevación abrupta en la tasa de infecciones intrahospitalarias, la mortalidad por una causa específica, la intoxicación alimentaria en el servicio de comedor, la queja de un paciente o familiar, la renuncia de una persona en especial, etcétera. Birbaun⁶⁶ señala que "Los eventos centinela son extremadamente raros e invariablemente indican deficiencias prevenibles".

El directivo atento podrá identificar estos acontecimientos e implementar un plan de acción que corrija la situación y sirva de estímulo para la mejoría de ese servicio en particular, estableciendo mecanismos para dar seguimiento al desempeño subsecuente de esta área.



En México estos eventos suelen denominarse "focos rojos" a los que se da atención inmediata.

En realidad, estas son situaciones que se presentan sin esperarlas, son "urgencias" para las que no se tienen sino planes generales de acción. En el ámbito de la protección civil se encuentran múltiples ejemplos: explosiones, inundaciones, accidentes múltiples, guerras, etc. Con la misma presteza con que se atienden estas contingencias, el prestador de servicios debe abocarse a resolver los eventos centinela que se presenten y aprovechar la oportunidad para realizar mejoras en los procesos.

"Finalmente, la Calidad es una cuestión de ética"

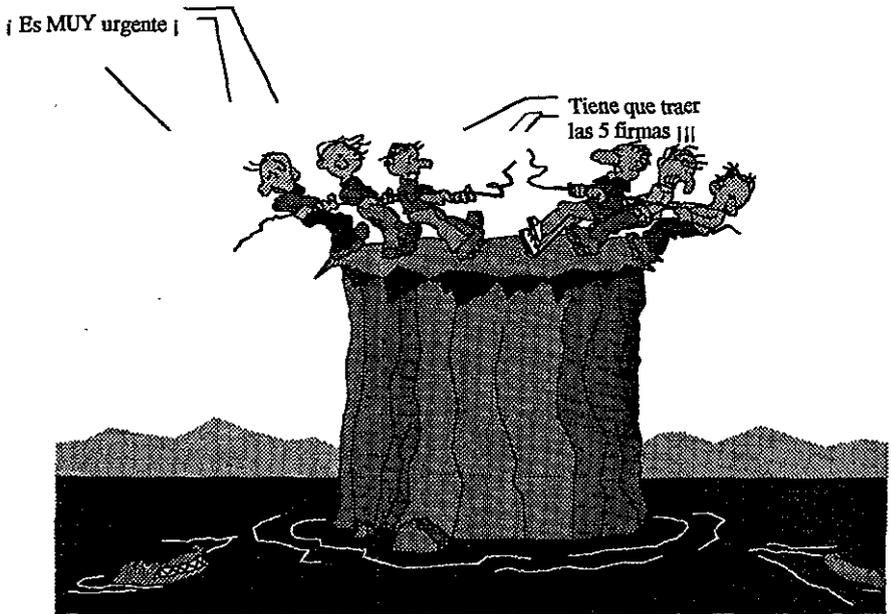
J. Peón Escalante *

Para hacer más elocuente la exposición de las áreas identificadas (tanto al Equipo como a los usuarios) es conveniente presentarla en la Ventana de Calidad a través de fotografías, figuras ricas y gráficas, etc. algunas de las cuales se exponen a continuación.

* Comunicación personal.

FIGURAS RICAS

En ocasiones es conveniente presentar una situación a través de tablas, gráficos e incluso en las llamadas "figuras ricas" ⁶⁷, que son una representación caricaturizada como la siguiente:



Estas ilustraciones se utilizan para compartir de una manera amigable una opinión sobre aspectos de la organización que pueden ser mejorados; sin embargo debe tenerse especial cuidado para evitar mal interpretaciones o disgustos, por lo que se sugiere evitar personalizar las caricaturas, siendo más conveniente caracterizar los ambientes ⁶⁷.

UNA IMAGEN DICE MAS QUE MIL PALABRAS

Refrán Popular

GRAFICOS

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ELABORACION

Son muchos los detalles en la construcción de gráficos, por lo que solamente se señalarán los principales:

1) Identificar el tipo de gráfico que debe utilizarse:

- **Pastel:** Para ilustrar la distribución proporcional de una variable habitualmente nominal: sexo, estado civil, opinión, preferencia, etc.
- **Barras:** Comparar magnitudes entre distintos estratos, muestras o universos, o una variable a través del tiempo.
- **Líneas:** Ilustrar el desempeño de una variable en un periodo de tiempo.
- **Combinados:** Cuando se tenga la habilidad suficiente, se podrán combinar gráficos de pastel y barras, barras y líneas, etc. que permiten un mejor manejo de la información.

2) Señalar las categorías de la variable: servicios, centros de salud, personas, meses, tipo de biológicos, grupos de pacientes, etc. (Eje horizontal ó "X")

3) Cuantificar las magnitudes de cada categoría. (Eje vertical ó "Y")

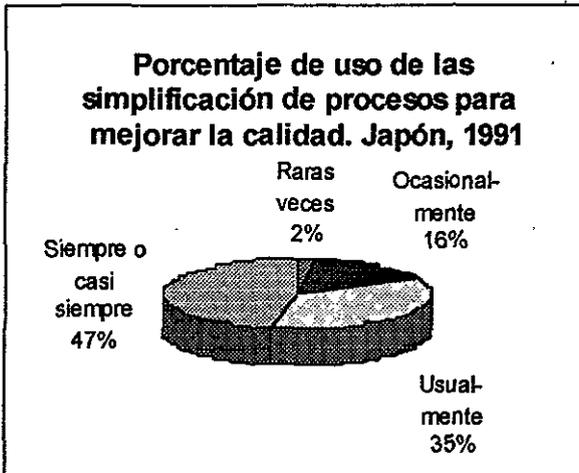
4) Realizar las anotaciones: Título (lugar, variables y tiempo).
Denominación genérica de las categorías.
Unidad de medida de las magnitudes.
Fuente o referencias.

Un gráfico debe ser suficientemente claro para que lo comprenda el lector a quien se destina, sin necesidad de explicaciones adicionales

Existe un sinnúmero de información que puede ser presentada, como:

Vacunación	Fumigaciones realizadas
Realización de cursos	Consultas por Médico
Ejercicio del presupuesto	Días estancia en los servicios
Dietas otorgadas a pacientes	Ausentismo de personal
Incidencias tramitadas	Ahorro de material de papelería
Porcentaje de trabajos repetidos	Tasas de morbilidad

Identifique la información más relevante de su organización y el tipo de gráfico en que sería conveniente presentarla:



Fuente: Estudio Internacional de Calidad, 1992

V) SELECCION DE AREAS DE OPORTUNIDAD

Una vez que se han recabado las ideas y sugerencias para la mejoría de los servicios, se realiza un proceso de selección para que el Equipo de Calidad oriente sus esfuerzos en tareas convenientes; para ello, debe evitarse utilizar la discusión argumentada o votación simple porque además de ser extremadamente subjetivas suelen generar inconformidad entre los miembros.

Una herramienta sencilla y práctica es la matriz para la ponderación que considera los habituales parámetros de Magnitud, Trascendencia, Vulnerabilidad y Accesibilidad, como se describe a continuación.

MATRIZ DE PONDERACION

Se emplea para seleccionar uno o varios temas de entre varias opciones, aprovechando el conocimiento y experiencia de los integrantes del Equipo, quienes asignarán una calificación a cada área considerando las dimensiones de Magnitud, Trascendencia, Vulnerabilidad y Accesibilidad⁶⁸.

Es conveniente anteceder esta técnica con una sesión de discusión grupal en la que los integrantes del Equipo expongan sus conocimientos en torno a las áreas que se analizan, debiendo restringirse las participaciones al aporte de elementos objetivos, exentos de opiniones o sugerencias. (Véase "Seis Sombreros para Pensar")

También puede utilizarse esta herramienta sin actividad previa, para que el Equipo de Calidad (o un grupo externo de expertos) cuantifique los problemas propuestos para su atención.

El procedimiento es muy sencillo:

1. Se entrega a cada persona el formato pre-llenado, enunciando en la primera columna las Áreas de Oportunidad ("problemas").
2. Se solicita a las persona que evalúen cada dimensión conforme a la escala que se señala en las instrucciones del formato. No se requiere unificar los criterios que se evalúan.
3. Se suman los renglones para obtener la calificación de cada área de oportunidad (columna "TOTAL")
4. Se suman las calificaciones asignadas por cada participante a cada área de oportunidad.
5. Se seleccionan las áreas que hallan obtenido las mayores calificaciones.

EJEMPLO

INSTRUCCIONES:

Considerando su conocimiento y experiencia, asigne un valor de 0 (mínimo) a 5 (máximo) a cada dimensión de las Areas de Oportunidad que se enuncian en la columna izquierda.

AREA DE OPORTUNIDAD	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Accesibilidad	TOTAL
Tiempos de espera excesivos	3	4	3	3	13
Demasiadas compras directas	2	2	2	1	7
Exceso de trámites para las Incidencias	2	2	4	4	12
Baja productividad de los Odontólogos					
Elevada tasa de cesáreas					
Mala limpieza de la Unidad.					
Funcionamiento deficiente de la planta de emergencia					
Frecuentes reingresos hospitalarios					
Elevado ausentismo del personal					

Concentración de Calificaciones asignadas por cada miembro.

AREA DE OPORTUNIDAD	PERSONAS									SUMA
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Tiempos de espera excesivos	1 3	1 0	1 5	9	8	1 2	1 5	1 7	2 0	119
Demasiadas compras directas	7									
Exceso de trámites para las Incidencias	1 2									
Baja productividad de los Odontólogos										
Elevada tasa de cesáreas										
Mala limpieza de la Unidad.										
Funcionamiento deficiente de la planta de emergencia										
Frecuentes reingresos hospitalarios							:			
Elevado ausentismo del personal										

Como lo habrá imaginado el líder creativo, es conveniente que antes de utilizar esta técnica los miembros del Equipo recaben información sobre las áreas de oportunidad identificadas, de manera que la exposición y selección se realicen sobre bases más firmes que la simple opinión de cada persona.

Otra Herramienta que es muy útil para la selección del área de oportunidad para la mejoría es el Gráfico de Pareto.

Pareto fue un ingeniero y sociólogo italiano del siglo XVIII que identificó cómo un pequeño porcentaje de las causas frecuentemente generan la mayor parte del problema o efecto observado; así, la premisa sobre la que descansa el principio de Pareto es que -en general- el 80% de los problemas se deben al 20% de los responsables, lo que es especialmente cierto en el caso de los Servicios de Salud, ya que una proporción cercana al 80% de las consultas se restringen a un 20 % de los padecimientos y donde una baja proporción de los derechohabientes reciben la mayor atención médica y administrativa.

Esta distribución se observa en diversas áreas; así por ejemplo, estudios del Institute for Scientific Information indican "En el periodo de 1973 a 1984 apenas cinco países (Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela) fueron responsables de alrededor del 90% de todas las publicaciones".⁶⁹

En el área administrativa es conocido que los problemas de personal (ausentismo, incapacidades, licencias, etc.) suelen presentarlos una minoría de los trabajadores.

Para 1997 el 66.13% del presupuesto de la SSA se destinará a un solo capítulo: "Servicios Personales" (Salarios).⁷⁰

Durante el diagnóstico situacional de Abasto y Almacenes realizado en el Hospital General de México durante los últimos meses de 1996 se observó:

- Sección de Narcóticos.- Los productos clasificados "C" concentraban el 162.16% de los insumos, pero su costo global era de solo el 1.47%.
- Materiales de Curación.- Los productos "A" incluían el 16% del total y su costo correspondía al 77.16% del total.
- Medicamentos.- 296 productos de los 433 registrados concentraban el 3.44% del costo total de esta sección.
- Farmacia Galénica.- En sólo el 9% de las existencias se reunía el 86.57% del valor de esta sección.

Para reforzar este concepto, se sugiere que revise el siguiente Cuadro Resumen:

ALMACEN DE RAYOS "X"

	N. Arts.	% Arts.	Cto. Total	% Cto.
A	14	29 %	2,391,444	85.90 %
B	11	23 %	367,840	13.21 %
C	24	48 %	24,780	0.89 %
	49	100 %	2,784,063	100 %

FUENTE: Referencia 71

GRAFICO DE PARETO

Para elaborar un gráfico de Pareto se realizan básicamente las mismas acciones que para un histograma común:

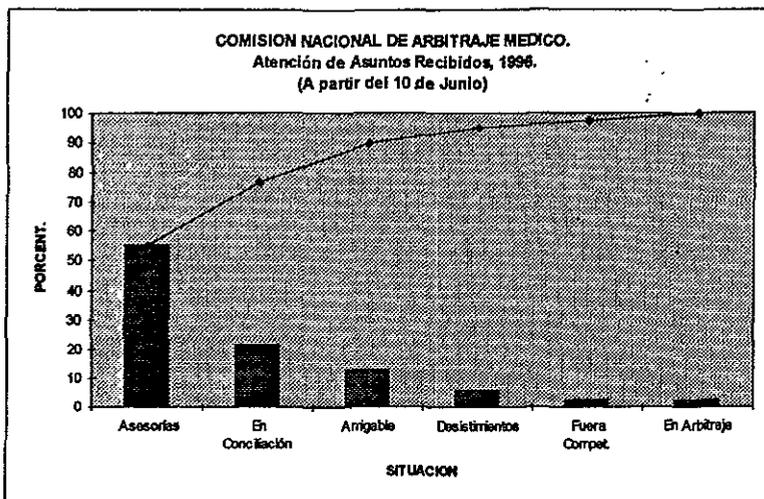
- 1).- Se listan las categorías de la variable y se anota magnitud de cada una.
- 2).- Se grafica: En el eje "X" (horizontal) se enuncian las categorías.
En el eje "Y" (vertical) se cuantifican las frecuencias.
Se trazan las barras.
- 3).- Se hace una segunda lista de frecuencias acumuladas.

COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO

Atención a los Asuntos Recibidos, 1998
(A partir del 10 de Junio)

ATENCION	Frec. (%)	Frec. Acumul (%)
Resueltos con Asesorías	55.20	55.20
En Conciliación	21.69	76.89
Amigable Composición	12.68	89.57
Desistimientos	5.65	95.22
Fuera de Competencia	2.39	97.61
En Arbitraje	2.39	100.00

4.- Se grafica la frecuencia acumulada con una línea.



FUENTE: Programa de Salud 1997

Si solamente nos presentaran esta gráfica apreciaríamos inmediatamente que la mayor actividad de la CONAMED durante 1996 correspondió a la Asesoría a los usuarios y a la Conciliación de conflictos entre éstos y los prestadores de servicios, por lo que si se garantizara la calidad de la atención en estas dos Areas se tendría un elevado porcentaje de satisfacción de los usuarios.

Con el gráfico de Pareto se aprecian inmediatamente los problemas que tienen el mayor impacto sobre los servicios

Como señala Pola ⁷² "Si logramos determinar cuáles son estas causas podremos concentrar nuestros esfuerzos en eliminarlas, con lo que resolveremos la mayoría del problema"

DIAGRAMA DE PROCESO

Una herramienta especialmente útil para analizar los procesos es la diagramación, que en forma abreviada se realiza de la siguiente manera:

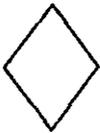
1. Se describe cada paso del proceso de manera narrativa, especificando: quién, donde, cuándo, cómo y con qué se realiza.
2. En una hoja, se traza un rectángulo en la parte superior, dividiéndolo en cuantas personas (o servicios) intervienen en el proceso.
3. Se escribe en los rectángulos del encabezado el nombre de los servicios, puestos o personas conforme el orden de intervención en el proceso.
4. Se realiza el diagrama de las actividades utilizando los símbolos siguientes:



Inicio y Fin del proceso.



Actividades.



Decisiones.



Flujo del proceso

Esta es una versión muy simplificada para la elaboración de los diagrama de flujo. En los textos de Administración se puede encontrar las versiones para la exhaustiva presentación de éstos.

Es importante señalar que las decisiones que se deban tomar se reducen a una de dos alternativas, habitualmente definida por la respuesta a una pregunta de opción "Si" ó "No"

EJEMPLO

COBRO DE SERVICIOS: 1) Consulta Externa

USUARIO	ADMISION	TRABAJO SOCIAL	CAJA	CONSULTA EXTERNA
---------	----------	----------------	------	------------------

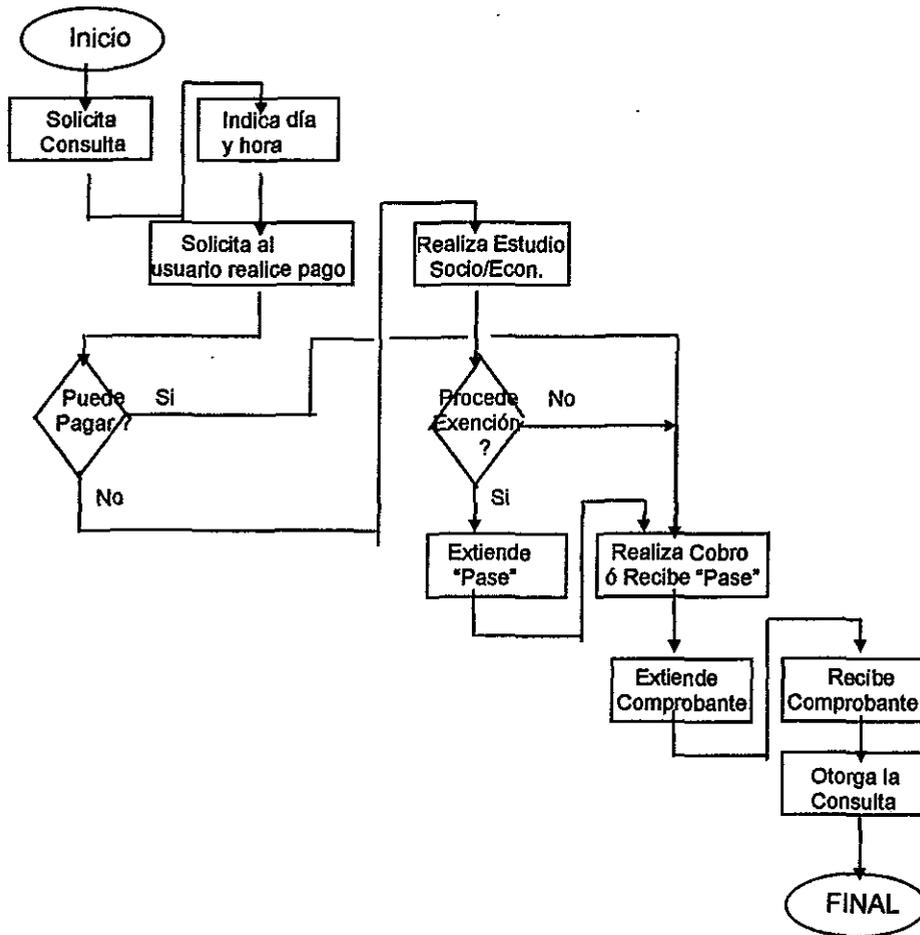


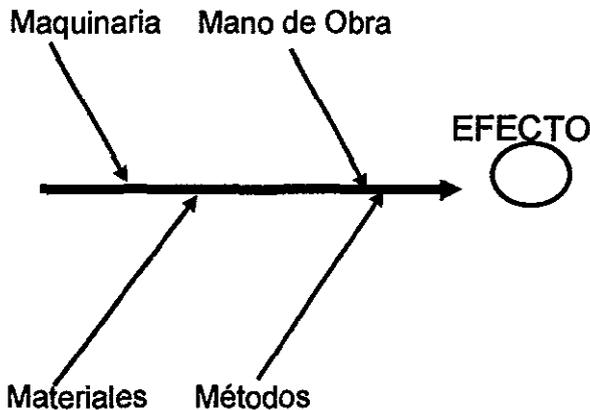
DIAGRAMA DE ISHIKAWA

El diagrama causa-efecto es la herramienta para la calidad más difundida y empleada por su sencillez y utilidad.

Esta herramienta fue creada por el Dr. Kaoru Ishikawa⁷³ y se utiliza para que un Equipo de Calidad explore ordenadamente las causas de una situación que puede ser mejorada.

1. Se parte de la identificación de un "efecto" y se traza la "espinas de pescado" en cuatro áreas principales: **M**ano de obra, **M**aquinaria, **M**ateriales y **M**étodos, de la siguiente manera:

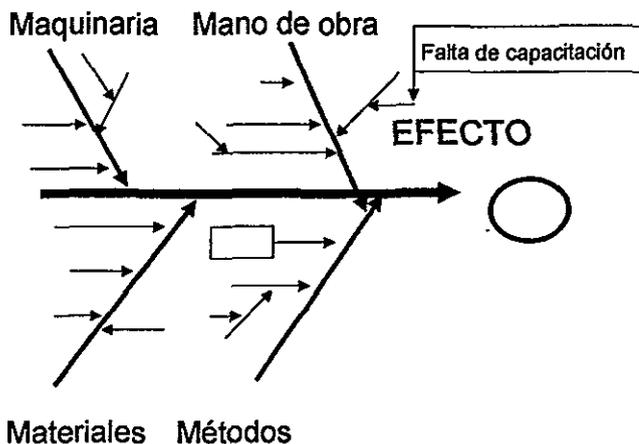
CAUSAS



2. Con esta matriz, se van identificando las causas primarias que generan ese "problema", anotándolas en el área a que corresponda.
3. Conforme se detalla el análisis (preguntando "¿Por qué?" se presenta cada situación), se van desagregando las causas en primarias, secundarias, terciarias, etc.
4. Para finalizar, se señalan las dos o tres causas que se consideren más importantes, trascendentes y/o accesibles para su atención.

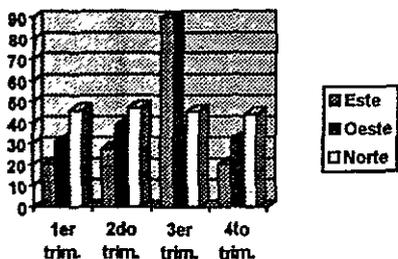
Es importante tener presente que -como todo lo relacionado a la Calidad- este es un proceso muy dinámico.

CAUSAS



Es conveniente realizar este trabajo utilizando papeles autoadheribles (iPost It) para poder replantear continuamente las opiniones; así por ejemplo, una causa inicialmente atribuida a las Personas (Mano de obra) puede ser reubicada en la de Procedimientos (Métodos) y viceversa; ó una causa originalmente considerada Terciaria puede llegar a ser Primaria.

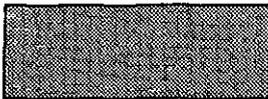
Algunas personas han abierto una o dos categorías más: **Mantenimiento** y **Medio ambiente**, lo que es posible a condición de no diversificar demasiado las espigas principales, que tienen como utilidad el permitir organizar el trabajo.



Para finalizar debe señalarse la existencia de la Técnica Kawahita Jiro, mejor conocida como TKJ, que se utiliza para seleccionar y fomentar la participación del equipo en torno a un problema; sin embargo, por lo sofisticado y complejo del procedimiento se remite a los interesados a la bibliografía (Acevedo, 1991, pp. 210-212)⁷⁴

Con la aplicación de estas herramientas se habrá realizado una etapa más del proceso hacia la mejoría de los Servicios, lo que se incorpora a la Ventana de Calidad.

NOMBRE DEL EQUIPO
"Lema"

Integrantes	Áreas de Oportunidad para Mejorar	Área Seleccionada para la Mejoría
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____	

VI) MEDICION INICIAL

Para iniciar la mejoría de los servicios es fundamental la evaluación del estado en que se encuentran, por lo que es muy importante el estudio inicial.

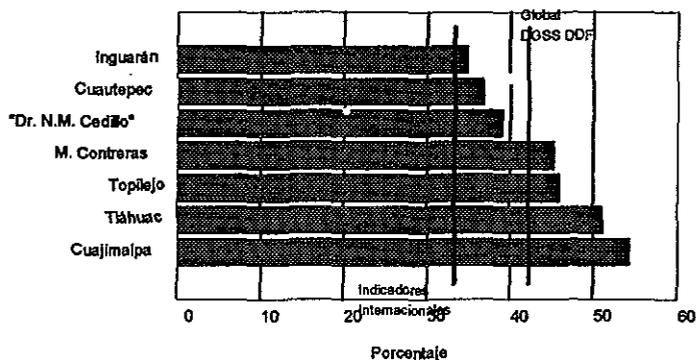
En esta etapa se seleccionarán los indicadores que permitan medir el impacto del programa de mejoría que se desarrolla; así por ejemplo, se puede cuantificar el tiempo que espera un paciente antes de recibir atención; el número de pasos que se requieren para efectuar un trámite; la cantidad de solicitudes rechazadas; el tiempo que dedica el Médico, Enfermera, Psicólogo, Trabajador Social u otro servidor al usuario; el número de quejas recibidas; el porcentaje de cumplimiento de las metas; la cantidad de placas radiográficas inutilizadas en relación a las utilizadas; el porcentaje de abastecimiento de la farmacia a los servicios; la proporción de consultas de primera vez respecto a las subsecuentes; el número de errores mecanográficos por cuartilla, etcétera.

Una vez que se tengan seleccionado los indicadores del desempeño y/o calidad se definen las unidades en que se miden; así, para registrar la distancia entre dos ciudades sería absurdo utilizar como unidad de medida "Metros y centímetros", o - como se realiza habitualmente- para evaluar la productividad de los Cirujanos Dentistas se utilizara como único indicador las consultas otorgadas.

Finalmente, se elaboran los formatos de registro (cuadros, gráficos, etc.) o instrumentos de recolección, como cuestionarios, cédulas de verificación y/o Supervisión, encuestas y guías de observación, por citar los más utilizados.

D.G.S.S. D.D.F.

HOSPITALES MATERNO INFANTIL Consultas de 1a.Vez respecto al Total



FUENTE: DGSS DDF Boletín Trimestral I, 2, 1996

Mucha de esta información se encuentra al alcance si se busca con interés; así por ejemplo, el Boletín Trimestral de la Dirección General de Servicios de Salud del D.D.F. presenta los "Indicadores Básicos de Evaluación" de los 25 Hospitales que conforman esta importante red, que se pueden emplear -como se ha hecho- para comparar el desempeño de una unidad respecto a otras similares, consigo misma para evaluar el impacto de una acción o programa de mejoría, o conforme a "estándares" regionales, nacionales, internacionales.

"SOLAMENTE LO QUE PUEDE MEDIRSE PUEDE EVALUARSE, Y SOLAMENTE LO QUE PUEDE EVALUARSE PUEDE MEJORARSE"

J. Peón E. ⁷⁵

En un ejercicio realizado en un Hospital Pediátrico se identificó que -en el mejor de los casos- se realizaban 18 actividades para que la Farmacia abasteciera de los medicamentos a los Servicios. Bajo un esquema de Reingeniería se propuso un procedimiento de sólo 7 pasos, que, además, estaría a cargo del personal administrativo de la Farmacia.

En términos ideales esta evaluación debe ser objetiva; sin embargo, podrán incorporarse elementos cualitativos a condición que sean mensurables.

Continuando con el ejemplo anterior, se consideró importante que además de la reducción cuantitativa (de 18 a 7 pasos), se tuviera una modificación cualitativa en cuanto al personal que debe realizar estas funciones, para que las Enfermeras pudieran dedicar la mayor parte de su tiempo en actividades con los pacientes.

De manera similar, debe reconocerse que la satisfacción de los usuarios de los Servicios de Salud es una variable cualitativa, que puede ser operacionalizada a través de la **escala de Likert**; así, ante la pregunta "¿Cómo considera la atención médica que recibió Usted?", se ofrecerían las alternativas:

Excelente

Buena

Regular

Mala

Muy Mala

Es importante destacar que las alternativas deben mostrar una Distribución Normal (en términos estadísticos); esto es, que exista una calificación media central y un mismo número y calidad de opciones hacia los extremos. Si en la escala anterior se omitiera una opción extrema (por ejemplo "Muy Mala"), se estaría sesgando la evaluación para obtener una mejor calificación de los usuarios.

Debe tenerse mucho cuidado al operativizar las variables cualitativas. A modo de ejercicio, proponga las categorías que faltan en la siguiente escala:

Siempre			Ocasionalmente	
---------	--	--	----------------	--

Con frecuencia es inconveniente estudiar a todas las personas o productos de un servicio, siendo preferible hacerlo en una muestra; así, para medir la confiabilidad de los registros sin tener que realizar un inventario exhaustivo del Almacén o la Farmacia, se pueden seleccionar algunos productos y corroborar la coincidencia entre las existencias físicas y los registros. Similarmente, para no revisar los miles de expedientes o entrevistar los cientos de usuarios de un Servicio, se puede establecer un plan de muestreo.

MUESTREO

Un principio básico para el muestreo es el que todos los elementos del universo tengan la misma oportunidad de ser seleccionados para integrar la muestra, por lo que deben observarse dos condiciones:

- A) Magnitud de la muestra.
- B) Técnica de selección.

Para evitar la complejidad de las fórmulas matemáticas, se proponen tres alternativas:

1. Definir una muestra por conveniencia.
2. Utilizar las tablas industriales (originalmente calculadas por la milicia)
3. Apoyarse en la propuesta de la Subjefatura de Planeación y Supervisión Médica del IMSS que se describe a continuación.

$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$	Donde:	Valores Propuestos
	n = magnitud de la muestra	95% = 1.96
	Z = Nivel de Confianza	Máxima = 0.5
	p = Variabilidad	1-p = 0.5
	q = 1-p	5 % = 0.5
	E = Nivel de Precisión	

Substituyendo $n = \frac{(1.96)^2 (0.5 \times 0.5)}{(0.5)^2} = \frac{(3.84) (0.25)}{.0025} = 384$

(Rojas Soriano, 1983)⁷⁸

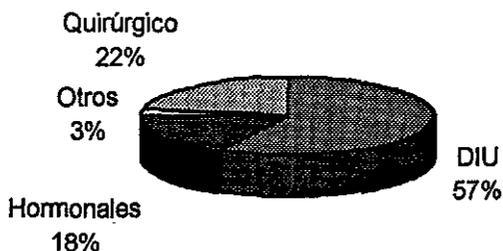
Una vez definida la magnitud de la muestra (que en caso de ser propositiva debe ser razonablemente proporcional al universo) se define la técnica por la que se seleccionarán los elementos que la conformarán.

La manera más sencilla es seleccionar al azar los elementos; por ejemplo a través de una rifa, dados o con números aleatorios, siendo éste un **Muestreo Aleatorio Simple**.

Si se puede numerar el universo (como los expedientes clínicos, listas o filas de usuarios, productos en la Farmacia, casas en la calle, pólizas para registro, etc.) se pueden seleccionar los elementos de manera sistemática; así, si se requiere revisar exhaustivamente una de cada 7 cajas de huevo en el servicio de Dietología se inicia aleatoriamente abriendo una de ellas (por ejemplo la segunda) y se continúa periódicamente (en el ejemplo 9, 16, 23, etc.), siendo así un **Muestreo Aleatorio Sistemático**.

Si en el universo que se estudia los elementos se encuentran distribuidos de manera "natural" es conveniente realizar el **Muestreo Estratificado**, seleccionando los elementos proporcionalmente según la distribución. Por ejemplo, en el Hospital Materno Infantil Inguarán el 17.52% de las usuarias de Planificación Familiar emplean métodos hormonales, el 57.53% DIU, el 21.78% tratamiento quirúrgico y el restante 3.17% lo realiza con otros métodos; así, para seleccionar una muestra adecuada se deben obtener "submuestras" de usuarias de magnitudes similares hasta alcanzar el tamaño requerido.

HOSPITAL MATERNO INFANTIL INGUARAN. Usuarias Activas por Método de Planificación Familiar, Ene-Sept. 1996



FUENTE: DGSS DDF Boletín Trimestral 1996, 1, 2.

Así, si se deseara una muestra de 384 pacientes se requeriría integrarla con 221 pacientes usuarias de DIU, 67 de hormonales, 84 que hubieran sido intervenidas quirúrgicamente y 12 de los otros métodos.

En un estudio realizado para conocer las características demográficas de los usuarios de un Hospital Pediátrico del Distrito Federal se propuso una muestra de 400 (cifra con "redondeo" superior al tamaño sugerido por la fórmula anteriormente citada). Así, se seleccionaron 40 expedientes de cada uno de los 10 colores con que se identificaban sus dígitos terminales.

Para seleccionar los 40 expedientes de cada sección se vio la magnitud de cada una de ellas, observándose que en promedio tenían 459, por lo que se requería estudiar uno de cada 11.5 expedientes ($459/40 = 11.47$); así, con auxilio de una calculadora se "generó" un número aleatorio para iniciar la selección, siendo -para la primera- el 4, a partir del expediente en 4to sitio se extrajo alternativamente uno de cada 11 o 12 expedientes; así, se seleccionaron los ubicados en los lugares 4, 15, 27, 38, 50, 61, 73, etc. El procedimiento de selección se repitió para cada color de expedientes hasta concluir la muestra de 400 que se utilizó para el estudio. Este procedimiento es conocido como **Muestreo Multi o Polietápico**.

En las **Muestras Propositivas** se incorporan elementos de juicio y experiencia de las personas. En las encuestas de opinión suele utilizarse estos criterios para la selección de las muestras; así por ejemplo, para realizar un estudio sobre Servicios de Salud Privados se podrían adaptar algunas de las estrategias utilizadas para seleccionar candidatos para promover condominios en tiempo compartido, teléfonos celulares y tarjetas de cortesía.

Inicialmente se seleccionan de los directorios telefónicos a quienes viven en determinadas colonias, de entre ellos se hace una submuestra que incluye a los usuarios de tarjetas de crédito específicas o poseedores de automóviles de ciertas marcas. Para depurar aún más la muestra se considera la actitud y tipo de ropa con que se presentan vestidos a la entrevista y finalmente se estratifican en los directorios ("bases de datos") conforme a sus ingresos económicos familiares.

CALIBRACION DE LOS INSTRUMENTOS

La **validez** es un atributo de los instrumentos de recolección de información que se refiere a la propiedad de medir exactamente lo que se desea; así por ejemplo, para evaluar la satisfacción de los usuarios en cuanto a los tiempos de espera, un investigador elaboró la pregunta "¿El tiempo para recibir la Consulta Médica fue el que usted esperaba?" algunos pacientes contestaron que Sí... ¡¡Porque su experiencia les hacían saber que esperarían más de 3 horas ¡¡

La **confiabilidad** es, como su nombre lo indica, la certeza que se tiene en cuanto a la precisión de los instrumentos; así, para cuantificar la temperatura se podría utilizar un termómetro o sustituirlo por la experiencia de quien la mide, teniendo

en este caso poca confiabilidad; de manera similar, si al pesar a un paciente en dos mediciones inmediatas se obtuvieran valores distintos reconoceríamos que la báscula está fallando, por lo que no sería confiable.

La presencia de una persona en particular puede modificar las respuestas; así, por ejemplo, cuando los Médicos o las Enfermeras preguntan a los usuarios sobre sus hábitos nocivos a la salud, las personas tendemos a minimizarlos: todos somos “bebedores sociales”, “fumadores ocasionales” y consumados atletas. Por ello, deben buscarse creativamente las alternativas para el abordaje de cada caso y realizarse aplicaciones repetidas de los instrumentos para verificar que tienen consistencia los resultados.

Es muy importante tomar el tiempo necesario para identificar las variables que se van a estudiar, analizar sus unidades de medida, elaborar los formatos de registro y realizar la calibración de los instrumentos.

NO HAY QUE COMPROMETER EL FUTURO POR UNA URGENCIA

En los textos especializados en investigación se proporcionan varias y sofisticadas alternativas para certificar la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección, que se sugiere consultar en caso de requerir mayor abundamiento, por ello nos limitaremos a sugerir la aplicación reiterada de los instrumentos y la contrastación de los resultados que se obtengan, a efecto de verificar:

- Si las instrucciones son cabalmente comprendidas por las personas a quienes se dirigen.
- Si las preguntas son correctamente entendidas por los encuestados.
- Si el ordenamiento de las preguntas es el adecuado.
- Si las respuestas corresponden a las expectativas del investigador.
- Si en aplicaciones sucesivas se observa constancia en las respuestas.

Esta medición basal se utilizará -inicialmente- para discernir con precisión sobre la magnitud y trascendencia de la situación, pudiendo suceder que lo que se consideraba un “problema” en realidad no lo sea, como sucedió en el Hospital Materno Infantil Inguarán, donde a sugerencia del personal de Admisión se pretendió instrumentar un programa para la reducción de los tiempos de espera. Sin embargo, durante la prueba piloto se observó que en promedio las personas esperaban 17 minutos para recibir atención de los Médicos y 32 por parte de las Trabajadoras Sociales, por lo que el procedimiento para regular la espera se redujo al señalamiento de esta situación, sin implementar formatos o mecanismos extras.

Evidentemente, la mayor utilidad de la medición inicial es la de poder evaluar el impacto de las acciones o programas de mejoría de la calidad, por lo que no debe soslayarse.

CARACTERISTICAS DE LOS FORMATOS

Además de la validez y confiabilidad que han sido reiteradamente señaladas, los formatos e instrumentos de registro deben tener las siguientes características:

- Encabezado:** Institución, Lugar, Servicio y Area (o fenómeno) que se compila.
- Instrucciones:** Las indispensables para el adecuado llenado. **Claras y Precisas.**
- Variable:** Cada pregunta o registro que se refiera a un solo punto. Preferentemente se darán opciones únicas para las respuestas.
- Fecha:** Espacio adecuado para el registro de la información solicitada.
Periodo al que se circunscribe la medición o en que se realiza el registro.
- Responsable:** Datos para la identificación de la persona que realiza el registro.
- Observaciones:** Es conveniente dejar espacios "abiertos" para que el entrevistado o el entrevistador puedan realizar comentarios que no consideró el investigador. Este espacio también suele ser utilizado por el investigador en etapas posteriores.

VII) PROPUESTAS DE MEJORIA

El primer paso para mejorar los Servicios es identificar al "Cliente", consultarlo para conocer sus necesidades y expectativas.

Deben identificarse perfectamente los "clientes" de cada servicio para recabar su opinión.

Durante años los trabajadores del turno sábados, domingos y días festivos han insistido en que se les debe pagar durante su jornada de trabajo "como dice la Ley". Durante el mismo tiempo no ha posible modificar el procedimiento, por lo que los trabajadores deben acudir a realizar su cobro en días y horas en que se encuentran en otras labores, incluso fuera de la ciudad. Curiosamente, en vez de procurar mejorar esta situación (por ejemplo gestionando el pago a través de tarjetas bancarias como se hace en múltiples instituciones y empresas) en cierta ocasión la Subdirección de Recursos Humanos ¡¡prohibió el cobro a través de Carta Poder¡¡ sin darse cuenta que estaba afectando a sus clientes, lo que contribuyó al deterioro del ambiente laboral.

De manera similar, es frecuente que los Departamentos de Adquisición crean que trabajan para la Dirección Administrativa, siendo que debieran trabajar para los Servicios.

En la mayoría de los Hospitales Privados suele aplicarse una encuesta de opinión en torno a los servicios que se proporcionan, durante la cual se brinda a pacientes y familiares la oportunidad de sugerir modificaciones, estrategia que el líder comprometido pudiera implementar en sus servicios.

En la búsqueda de alternativas para el mejoramiento de los Servicios de Salud se pueden utilizar las herramientas que se han señalado, principalmente:

- Lluvia de Ideas.
- Sugerencias de los Trabajadores.
- Encuesta a los Usuarios.
- Propuestas de las Autoridades.
- Comparación con otras Organizaciones.
- Análisis de los Procesos.

Es importante reiterar que **la Calidad se alcanza en Equipo**, por lo que deben involucrarse las autoridades superiores y los responsables operativos; así, los Líderes y Equipos de Calidad deben explorar las opiniones de los participantes en los procesos.

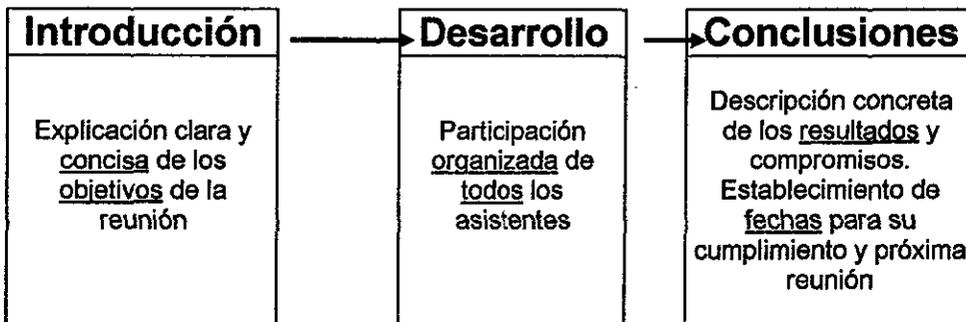
Como se señaló anteriormente "Nadie conoce mejor el trabajo que quien lo realiza", por lo que es **el trabajador** a quien primero debe consultarse en la búsqueda de alternativas para la mejoría de los servicios. No debe olvidarse que serán ellos quienes implementen las acciones, realicen las actividades o bloqueen las iniciativas; además, los cambios los beneficiarán en su desempeño, realización y productividad, son ellos **la pieza fundamental de la Calidad.**

COORDINACION DE REUNIONES DE TRABAJO

Es importante que las reuniones del Equipo de Calidad se lleven a cabo con apego -más o menos estricto- a Agendas, que deberán ser **previamente enviadas** a cada integrante para su conocimiento.

Durante las reuniones se observará orden, claridad en las exposiciones y respeto para hacerlas lo más productivas posible, evitando que duren más de lo necesario (Una hora por ejemplo)

Similar a las exposiciones académicas, el Líder del Equipo o coordinador de la sesión procurará orientarla dentro de un esquema de:



Así, se sugiere que el Coordinador o Líder realice una introducción breve, clara y precisa sobre los aspectos que se tratarán en la reunión, cediendo y coordinando las participaciones de cada asistente para que **se orienten al tema que se analiza.** Al finalizar la actividad este mismo Coordinador presentará un breve resumen de los acuerdos y/o compromisos a que se llegó, estableciendo responsables y fechas precisas para cada uno de ellos.

NUNCA DEBE CONVOCARSE A UNA REUNION DE TRABAJO SI NO HAY UNA TAREA CONCRETA QUE REALIZAR.

Para fomentar el cumplimiento de los acuerdos el Coordinador o Líder debe enviar a la brevedad posible una copia de la minuta de la reunión para que cada asistente tenga presentes sus responsabilidades.

Las reuniones de trabajo pueden coordinarse con este "sentido común" o pueden transformarse en reuniones creativas, utilizando:

SEIS SOMBREROS PARA PENSAR

Edward De Bono ⁷⁷ plantea que habitualmente en las opiniones, comentarios y sugerencias de las personas se entremezclan elementos objetivos, subjetivos y emocionales, lo que pudiera ser una ventaja en las reuniones de trabajo si se utilizan ordenadamente; para ello agrupa las principales características del pensamiento en seis "sombreros de colores":

- **Blanco:** Hecho objetivos, información.
- **Rojo:** Presentimientos, emociones, intuición, heurística.
- **Amarillo:** Optimismo, enfoque positivo, oportunidad.
- **Verde:** Creatividad, ideas nuevas, movimiento.
- **Negro:** Enjuiciamiento negativo, razones por las que pudieran no resultar los planes ("Abogado del Diablo")
- **Azul:** Moderación y control, Organiza el pensamiento mismo.

La propuesta es aceptar la complejidad del pensamiento, identificarla y organizarla en torno a estas seis tendencias.

A veces "nos ponemos un sombrero" y vemos el mundo de ese color. A modo de ejercicio trate de identificar el "color" de las siguientes expresiones:

- () "Tengo la sensación de que esa teoría no es correcta."
- () "Sugiero abrir la Clínica Universitaria los sábados y cerrar un día entre semana"
- () "El Programa de Salud para 1997 propone un incremento de 0.58% en las metas de Consulta Externa."
- () "Existe la posibilidad de que haya sobrevivido alguien, debemos ir y buscar."
- () "Fijemos el objetivo de esta reunión. ¿Qué conclusión consideraríamos exitosa?"
- () "¿Qué haremos si esta compañía resulta tan mala como la anterior?"

Una vez explicados los sombreros los miembros del Equipo de Calidad pueden celebrar reuniones creativas. El Líder tendrá el sombrero azul y solicita a los integrantes que "se pongan un sombrero" y trabajen con él durante toda la

reunión, que aporten ese punto de vista al proyecto. De esa manera se tendrá un panorama más amplio e integrador, se habrán vislumbrado la mayoría de los aspectos que influyen y se tendrá mayor probabilidad de éxito.

El acuerdo sobre estos sombreros también sirven para orientar las participaciones, si algún miembro del equipo divaga en sus exposiciones, el Líder podría decirle "Por favor póngase el sombrero blanco y resuma su participación", o bien "Creo que está utilizando el sombrero negro." "¿Cómo lo vería con sombrero verde?", "Usted es muy hábil con sombrero rojo, deme su opinión."

Otra herramienta creativa que puede utilizarse durante las reuniones de trabajo (con personas o en equipo) ha sido expuesta por Quentin de la Bedoyere.

TECNICA LEGUP⁷⁸

(Listening, Exploring, Goal setting, Underpinning y Pursuing)

1. **Atención:** El directivo escucha receptivamente para ver la situación desde la perspectiva del expositor.
2. **Exploración:** El líder y el expositor (o Equipo) analizan juntos la naturaleza del problema y las alternativas para solucionarlo.
3. **Fijación de los Objetivos:** Se establecen las metas concretas y mensurables.
4. **Apoyo:** El líder brinda los refuerzos convenidos para la transformación.
5. **Seguimiento:** Es el monitoreo conjunto para saber si se están cumpliendo los objetivos y para su retroalimentación.

REINGENIERIA

La Reingeniería es una de las herramientas para la calidad que se ha desarrollado más recientemente. Se trata -como lo señalan sus autores- de "re-inventar sus compañías, a fin de competir en un mundo nuevo"⁷⁹

En la actualidad las empresas -y las organizaciones gubernamentales que puedan aprender de ellas- se enfrentan a tres "C"

- **Clientes:** Ahora el cliente tiene el poder: de exigir, cambiar, demandar.
- **Competencia:** Actualmente se ofrecen similares servicios con diversas alternativas, los pacientes tiene más opciones y escogerán la mejor.
- **Cambios:** El cambio se vuelve constante, existe un menor tiempo entre la planeación y la ejecución.

El modelo administrativo diseñado por Adam Smith en el siglo XVIII ha dejado de ser funcional, un puesto para cada tarea es obsoleto, ya no podemos fraccionar el proceso y pedir al usuario que vaya a 20 ventanillas; ahora debemos organizarnos en torno a los **procesos**.

La idea de la Reingeniería es "partir de cero", hacer a un lado lo que sabemos o creemos que está bien y replantearnos desde sus orígenes cada proceso que hace la organización, rehacerlo como si no tuvieramos nada.

"La reingeniería es la revisión **fundamental** y el rediseño **radical** de los **procesos** para alcanzar mejoras **espectaculares** en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez"

Los cambios deben cuestionar, actualizar y aclarar los fundamentos de la organización, preguntándose "¿Qué hacemos en esta organización?", "¿Por qué lo hacemos?".

Se busca una modificación "de raíz" (radical) de la situación actual, no se trata de mejorar la manera como se hacen las cosas, sino de *reinventarlas*.

Se debe utilizar la Reingeniería cuando se quiera y pueda cambiar todo, cuando se pretenda hacer un cambio espectacular que modifique las cosas. No se puede utilizar para realizar tímidas adecuaciones.

El proceso es el conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente; así, no importan cuántas actividades se realicen, sino lo que cada una aporta al proceso.

SI NO ENRIQUECE, NO SIRVE

Los procesos rediseñados deben ser sencillos para el cliente. En vez de tratar con varias personas para que cada una haga una parte del proceso, el cliente es atendido por una sola persona que se responsabiliza de su atención, que es capaz de realizar varias funciones durante el proceso y a quien el cliente identifica y consulta.

Para alcanzar este objetivo los trabajadores deberán ser creativos y con capacidad de tomar decisiones, los pasos del proceso se realizarán de manera "natural", sin requisitos burocráticos de consulta, autorización y fiscalización permanente.

“Los que trabajan en un proceso rediseñado son necesariamente personas facultadas.

A los trabajadores de equipos de proceso se les permite, y se les exige, que piensen, que se comuniquen y obren por su propio criterio y tomen decisiones”

Hammer y Champy

Como todos los procesos de calidad, se requiere el apoyo y compromiso de los Altos Ejecutivos de la organización, denominado “Líder” por los autores de la metodología.

El trabajo lo coordina el “Dueño del Proceso” o responsable directo del proceso que se reinventa, para lo que se apoya en el “Equipo de Reingeniería”, idealmente conformado por trabajadores de diversas áreas, incluso ajenas y externas a las involucradas en el proceso y en estrecha coordinación con el “Comité Directivo” integrado por Altos Administradores responsables de la coordinación de los Equipo de Reingeniería, a efecto que se desarrolle una estrategia global en la organización.

Los Equipos podrán identificar y seleccionar un proceso a partir de tres criterios:

- **Disfunción:** ¿Qué procesos presentan las mayores dificultades?
- **Importancia:** ¿Cuáles tienen el mayor impacto hacia los clientes?
- **Factibilidad:** ¿Cuáles procesos son más susceptibles?

Así, los Equipos parten de la perfecta identificación del propósito de cada proceso, de la meta que se persigue y de los resultados que se esperan, para asignar una ruta de acción general a los trabajadores en la atención de los clientes.

Las organizaciones recobran su dimensión humana porque el trabajo lo hacen las personas para las personas, no la organización para los usuarios

A modo de ejemplo, a continuación se describe de manera sintética el proceso que se realiza en un Hospital Pediátrico para dotar a los Servicios de Hospitalización de los medicamentos indicados por los Médicos.

1. El Médico consigna en el Expediente Clínico las indicaciones para cada paciente.
2. La Enfermera del Servicio elabora el Recetario Colectivo integrando los medicamentos indicados por el Médico y los faltantes en el lote ("stock") del Servicio.
3. La Supervisora de Enfermería autoriza el Recetario Colectivo (lo que implicaría la revisión de los Expedientes y el lote de medicamentos).
4. La Jefe de Enfermeras autoriza el Recetario Colectivo (lo que implicaría la revisión de los Expedientes y el lote de medicamentos).
5. El Subdirector Médico o Asistente de la Dirección autoriza el Recetario Colectivo (lo que implicaría la revisión de los Expedientes y el lote de medicamentos).
6. La Enfermera del Servicio acude a la Farmacia, entrega el Recetario Colectivo y espera a que le surtan los medicamentos.
7. La Enfermera del Servicio traslada los medicamentos y los integra al lote.

En caso que no se tenga existencia de algunos medicamentos o que esté fuera del lote autorizado para el Servicio se realiza un procedimiento aún más complejo para poder contar con ellos.

Como se puede apreciar el proceso es complejo y burocrático, que si se desarrolla como se plantea implicaría una importante pérdida de tiempo por parte de las Enfermeras y el Subdirector Médico, ¡mientras el personal de Farmacia espera que vayan con sus solicitudes!, por lo que en la práctica las autorizaciones de la Supervisora y Jefe de Enfermeras, así como del Subdirector o Asistente Médico se realizan sin constatar los requerimientos con las solicitudes, cancelándose con ello el control que se pretendía.

Si se reconociera que la Farmacia debe servir a los Servicios, se procuraría que ella fuera responsable del proceso de abastecimiento, debería ser ella quien fuera a los Servicios a cumplir con su cometido.

Una propuesta -por cierto desechada- incluía los siguientes pasos:

1. El Médico consigna en el Expediente Clínico las indicaciones para cada paciente.
2. El personal de Farmacia acude al Servicio y restituye los medicamentos faltantes en el lote del Servicio.
3. El personal de Farmacia solicita la firma de la Enfermera del Servicio comprobando el surtimiento de los medicamentos.

En caso que no se tuviera existencia de algunos medicamentos o que estuviera fuera del lote autorizado para el Servicio el Personal de Farmacia lo acordaría con el Subdirector o Asistente Médico e implementaría las alternativas para contar con ellos.

VIII) DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS

Una vez que se tengan las propuestas para la mejora de los servicios, se someterán a la consideración de las autoridades y responsables, de manera que se consiga su apoyo para su desarrollo.

Así como se ha insistido en la importancia de los trabajadores para implantar los cambios, igualmente se debe enfatizar la importancia del apoyo de las autoridades, son ellas quienes proveerán los recursos necesarios y allanarán el camino cuando se presenten algunas dificultades que involucren a la organización en su conjunto.

En términos generales existen dos alternativas para la aplicación de las acciones de mejoría de la calidad:

- La Calidad Total
- Mejora Continua

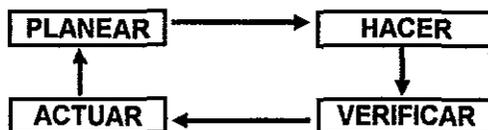
La Calidad Total se basa en el principio que ésta debe ser en todo momento, por parte de todas las personas y en todas las circunstancias. Así, un Programa de Calidad Total abarca toda la organización desde el principio.

A diferencia de la anterior, la propuesta de Mejora Continua propone aprovechar áreas de oportunidad específicas para consolidar servicios de excelencia, de manera que la Calidad se construya paulatinamente sobre las experiencias que se van adquiriendo.

No obstante las diferencias, en ambos casos se deben considerar el compromiso de **Mejora Continua de la Calidad**, en donde cada logro sirva de acceso a nuevas áreas de oportunidad, porque la Calidad Absoluta nunca se alcanza, siempre tendremos oportunidad de mejorar los servicios.

PHVA

Edward Deming propuso un método para la mejora continua, consistente en:



De esta manera, una vez que se han definido las intervenciones que se van a realizar (Planear) se implantan en una prueba inicial (Hacer), que se evalúa en su desempeño (Verificar) para decidir las acciones para consolidar la calidad (Actuar), que implicaría un nuevo proceso de Planeación (para ajustar estas

acciones y/o hacerlas extensivas a otros servicios), dando origen a un proceso progresivo de mejora de la calidad.

Así, el Líder o Equipo de Calidad debe organizar detalladamente la implantación de las medidas correctivas identificadas como las más convenientes por su viabilidad, impacto, costo y pertinencia.

Esta fase de organización -como todo proceso administrativo- debe considerar los recursos existentes y los necesarios, actividades, responsables y mecanismo de interacción, tiempos precisos, resultados esperados y mecanismos de verificación de los logros alcanzados (evaluación).

Es importante que se dedique el tiempo necesario a este plan de acción, ya que de su adecuada preparación dependerá en mucho el éxito del programa. Un resultado insatisfactorio contribuiría a generar un ambiente de escepticismo en la organización, y la Calidad sería uno más de tantos proyectos fracasados.

Como se ha insistido, los programas de calidad exigen una importante dosis de creatividad, por lo que los equipos deben estar preparados para efectuar ajustes e incluso cambios a los proyectos iniciales para mantenerse en el rumbo hacia las metas.

Para alcanzar este equilibrio es conveniente formalizar reuniones periódicas de seguimiento que permitan a los miembros y autoridades mantenerse informados sobre todos los aspectos del proceso.

Para efectuar este seguimiento son especialmente convenientes las siguientes herramientas.

CRONOGRAMAS

Como seguramente conocerá el lector el Cronograma es una representación diagramática de la fecha en que se planea realizar una actividad y la fecha en que realmente se efectúa.

Aunque existe un sinnúmero de variaciones, lo mínimo que debe registrarse son:

Actividades, Responsables, Fecha programada y Fecha de realización.

Los pasos para su ejecución son:

1. Identificación de las actividades que se van a realizar.
2. Ordenamiento progresivo conforme requieran ser efectuadas.
3. Asignación de responsables para cada actividad.
4. Determinación de las fechas de inicio y término de cada actividad, teniendo especial cuidado en las secuenciales que no puedan iniciar antes de la conclusión de una previa.
5. Elaboración del formato, marcando en el renglón "P" la duración (días, semanas, meses) de cada actividad.
6. Seguimiento periódico, marcado en el renglón "R" la realización de cada actividad.

Interprete en el ejemplo siguiente el desarrollo de un proceso simple

N	ACTIVIDAD	RESPON-SABLE	MES	Abril				Mayo					Junio				Julio					
				Sem	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	
1			Prog.	■																		
			Real			■	■	■	■													
2			P					■														
			R																			
3			P																			
			R																			
4			P																			
			R																			

C = Concluido

Podemos observar:

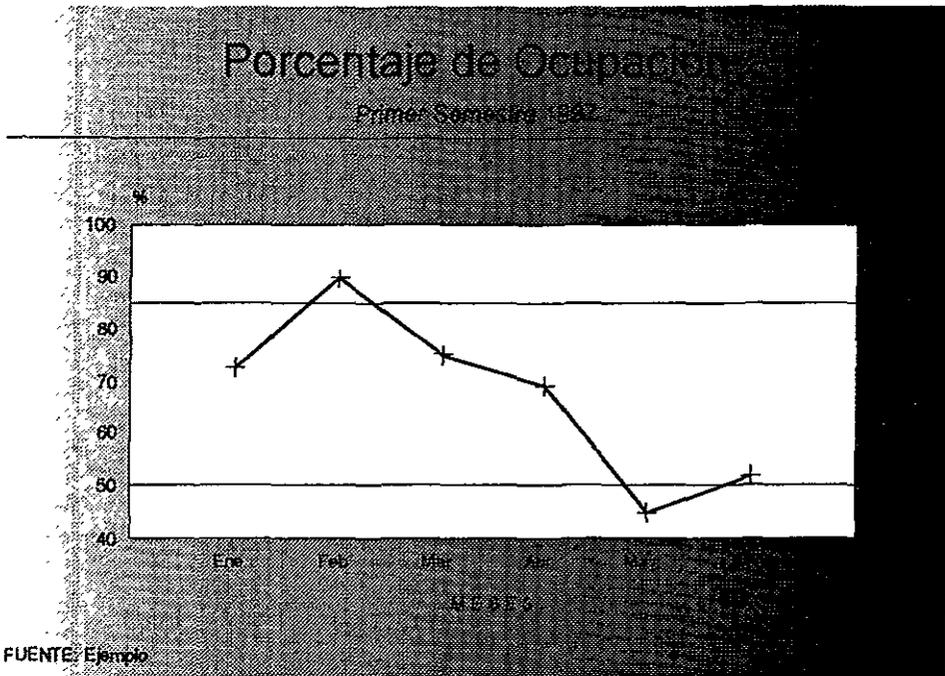
- Todas las actividades se realizaron en fechas posteriores a las programadas.
- Las actividades 1 y 2 están concatenadas, no puede empezar la segunda si no se ha concluido la primera.
- En la actividad 3 hubo una interrupción de dos semanas.
- La actividad 3 se programó para ser realizada en 8 semana y sólo requirió 5.
- La conclusión del proceso se programó para la segunda semana de julio y se logró hasta la cuarta, presentándose un vacío de trabajo durante la tercera.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONTROL ESTADISTICO DE LOS PROCESOS

Similar al "canal endémico" habitualmente utilizado por los epidemiólogos, el control estadístico de los procesos es un mecanismo de seguimiento para verificar que las actividades se estén desarrollando dentro de ciertos parámetros.

Por su representación gráfica tiene una especial utilidad para detectar oportunamente las desviaciones y realizar las intervenciones para su corrección, como se ejemplifica en la gráfica.

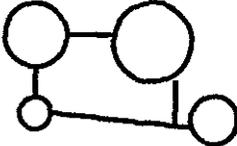


Como se habrá apreciado, para la construcción de estos controles se siguen los mismos pasos que para un gráfico sencillo, complementándose con los límites superior e inferior que se esperarían en el proceso (50 y 85% en el ejemplo).

Para definir los límites pueden utilizarse indicadores internacionales, nacionales o locales según se requiera. En términos generales sería deseable establecer comparaciones con las mejores organizaciones como una estrategia de superación; sin embargo, el Equipo de Calidad pudiera considerar mas oportuno el analizar el comportamiento histórico de sus propios servicios, por lo que deberá tenerse mucho cuidado al seleccionar los parámetros de referencia.

Por supuesto, la información sobre el desempeño del programa de mejora continua, también se exhibirá en la citada "Ventana de la Calidad"

NOMBRE DEL EQUIPO
"Lema"

<p>Integrantes</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Areas de Oportunidad para Mejorar</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Area Seleccionada para la Mejoría</p> 
<p>Medición Inicial</p> 	<p>Propuestas de Mejoría</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reingeniería del Servicio de Urgencias. • Inventarios ARC 	<p>Desarrollo de Propuestas</p> 

IX) EVALUACION

En términos generales la evaluación se basa en la comparación de lo planeado contra lo realizado; así, para evaluar los alcances del programa de mejoría de la calidad se debe establecer un parámetro del cumplimiento del mismo, preferentemente en términos cuantitativos.

Como se señaló anteriormente, los programas de mejoría de la calidad deben establecer con claridad y precisión la situación inicial, que puede realizarse mediante tablas de ponderación, tasas y porcentajes. Estas mismas mediciones se realizarán a efecto de evaluar los logros del programa, de manera "antes / después", como se ilustra en la tabla siguiente:

RESULTADOS INICIALES DEL PROGRAMA DE FOMENTO DE LA PRODUCTIVIDAD
Hospital Juárez del Centro, 1997

ESTADO INDICADOR	BASAL	6 Meses	Diferencia
Porcentaje de Ocupación	66.4	73.7	+ 7.3
Promedio días / estancia	3.6	3.4	- 0.2
Intervalo de substitución	1.3	0.9	0.4

FUENTE: Departamento de Estadística.

TABLAS DE CONTINGENCIA

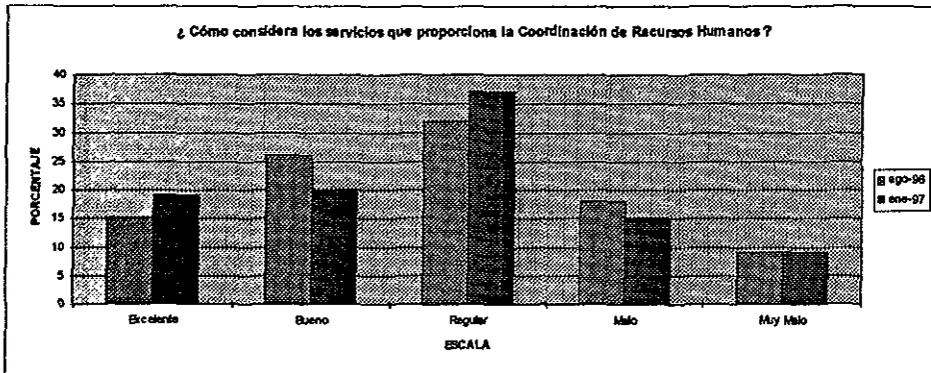
Estas tablas se emplean para la presentación sintetizada de los resultados, habitualmente como apoyo a un texto, pero que deben ser lo suficientemente claras para que se entiendan por si mismas, ya que —es necesario reconocerlo— muchas personas solamente revisan las tablas que conforman un artículo.

Estas Tablas también son excelentes para la presentación ejecutiva de un trabajo, como apoyo didáctico en una exposición o en la elaboración de carteles ("posters") para la presentación en simposia, congresos, etc.

Estas tablas deben tener:

- Título claro y preciso, que incluya: Concepto, lugar y fecha.
- Categorías o Conceptos.
- Valores iniciales (de referencia) y subsecuentes (logros, retrocesos, etc.)
- Fuente o referencia.

De igual manera, las escalas cualitativas deben establecerse en sus dimensiones de manera inicial, para posteriormente medir su desempeño.



Si bien desde algunos enfoques sería condición imperiosa la demostración estadística de estas variaciones, para efectos de evaluación del desempeño del programa basta la contrastación que permita la toma de decisiones sobre el mantenimiento, reforzamiento, modificación o cancelación del programa.

A partir de esta información, los equipos de calidad podrán tomar las decisiones, para lo que pueden ser utilizadas algunas de las herramientas que se han señalado. A modo de ejercicio, se sugiere seleccionar de las siguientes las que considere más adecuadas para ello:

HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACION

HERRAMIENTAS	SI	NO
"S" Japonesas para Mejorar Nuestra Vida.		
Equipos de Calidad		
Lluvia de Ideas		
Multivotación		
Revisión de Indicadores		
Sugerencias de los Trabajadores		
Encuestas a los Usuarios		
Propuestas de las Autoridades		
Comparación con Organizaciones Similares		
Figuras Ricas		
Gráficos		
Matriz de Ponderación		
Gráfico de Pareto		
Diagrama de Ishikawa		
Escala de Likert		
Muestreo		
Calibración de los Instrumentos		
Características de los Formatos		
Seis Sombreros para Pensar		
Técnica LEGUP		
Reingeniería		
PHVA		
Cronogramas		
Control Estadístico de los Procesos		
Tablas de Contingencia		

X) CONSOLIDACION

Si se requiere un importante esfuerzo de la organización para el desarrollo de las propuestas de mejoría, la energía necesaria para la consolidación de los avances no es menor, y se requiere una férrea tenacidad.

LOS LIDERES DEBEN TENER UNA GRAN TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

El estilo de liderazgo es crucial, como se apreciará con el siguiente ejercicio:

PIRAMIDES

1. Se solicita el grupo que se enumeren del 1 al 3.
2. Se reúnen las personas según el número que les tocó (todos los 1, todos los 2 y todos los 3, con lo que se desintegran los grupos informales previos).
3. Se solicita que nombre un líder.
4. Se aparta al líder para recibir indicaciones, mientras, los restantes miembros pueden ir buscando el nombre y lema del equipo.
5. Se hace entrega de las instrucciones generales y particulares a cada líder.
6. Se construyen las pirámides.
7. Se evalúan las pirámides.
8. Se analizan las sensaciones (estado de ánimo para el trabajo) de los miembros de cada equipo y su relación con el comportamiento de su líder.
9. Se discuten los estilos de liderazgo.

Instrucciones Generales:

- Se construirán pirámides con popotes y alfileres.
- Ganará el equipo que reúna la mayor puntuación en las categorías:
- Altura, Estabilidad y Estética.
- Se asignará una puntuación de 3 al equipo que gane en cada categoría

EQUIPO	1	2	3
CATEGORIA			
Altura			
Estabilidad			
Estética			
CALIFICACION			

Altura: Se evaluará utilizando instrumentos objetivos: metro, cinta, etc.

Estabilidad: Se puede evaluar con auxilio de un ventilador o dejándolas caer desde una misma altura u otro medio que permita la contrastación consistente.

Estética: Cada miembro del grupo asignará una calificación a cada pirámide, utilizando (sin repetir) los valores 1, 2 y 3. Para evitar empates cuando cada miembro del equipo vota por su pirámide, el Coordinador podrá emitir sus votos

Instrucciones Particulares:

Se representarán papeles arquetípicos de cada posición extrema de liderazgo, es muy importante que se represente hiperrealistamente cada papel.

- **Autoritario:** Este líder impondrá sus criterios al equipo, cambiará el nombre, evitará la organización y participación de las personas. "Las órdenes no se discuten... Se cumplen"
- **Dejar Hacer:** Este líder prácticamente no hace nada, no aporta la directriz que se espera, permitirá que cada quién haga lo que le parezca y podrá –incluso– retirarse del trabajo y desentenderse.
- **Participativo:** Este líder se compromete con el trabajo en equipo, escucha y estimula la participación de todos los miembros, organiza y coordina el trabajo reuniendo las aportaciones de cada uno.

Es importante recordar que existe una tendencia hacia el estado anterior de las actividades, una "natural" resistencia al cambio o inercia hacia la rutina, por ello deberán establecerse mecanismos de supervisión y control claros, precisos y objetivos, para lo que se sugieren las bitácoras de control.

BITACORA DE CONTROL

Este instrumento consiste en un listado pormenorizado de los puntos claves que deben observarse, mismos que se registrarán conforme se vayan atendiendo, firmando al final quien realizó la inspección para asumir su responsabilidad.

DESINFECCION DEL AREA DE TRABAJO
 (Norma Oficial mexicana para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales)

ACTIVIDAD	REALIZADA
Limpieza de pisos sala de espera.	
Limpieza de pisos área de trabajo.	
Limpieza de paredes del área de consulta	
Retiro de desechos de revelado	
Limpieza de sillón dental.	
Limpieza de lámpara dental	
Limpieza de unidad dental	
Esterilización de instrumental	
Desinfección de lámpara de resinas	
Esterilización de pieza de mano baja velocidad	
Esterilización de pieza de mano alta velocidad	
Disponibilidad de recipientes para punzocortantes	
Disponibilidad de cubrebocas	
Disponibilidad de toallas desechables para manos	
Disponibilidad de jabón neutro	
Disponibilidad de enjuagues para paciente	

Revisó:

Nombre	Fecha	Firma
--------	-------	-------

Con ello, se busca re-educar al personal para que modifique efectivamente sus patrones de conducta.

Finalmente, desea destacarse que el punto fundamental de cualquier programa de mejoría de la calidad es la capacitación.

"LA CALIDAD SE LOGRA CON CAPACITACION, CAPACITACION Y CAPACITACION"

CONCLUSIONES

Se han presentado detalladamente 32 ejercicios didácticos perfectamente validados para el aprendizaje vivencial de acciones y programas de calidad, específicamente enfocados a los prestadores de servicios de salud; pero con la posibilidad real de ser adaptados a otros ámbitos de la producción y los servicios, como son las fábricas, talleres, empresas y --en especial-- la enseñanza.

Con esta exposición se enfatiza la importancia que tiene la capacitación para la mejora de los procesos, son las personas quienes realizan los trabajos, por lo que la organización debe volverse a centrar en ellas, debemos retomar el punto focal y hacer que las personas se sientan a gusto con lo que hacen, para que lo hagan bien a la primera, porque con ello ahorrarán recursos y tiempo, su tiempo.

LA CALIDAD NO CUESTA, LA "NO/CALIDAD" ES LA QUE CUESTA

Crosby

**LA CALIDAD ES LA MEJOR INVERSION, A CONDICION QUE ESTEMOS
DISPUESTOS A LLEVARLA A SUS ULTIMAS CONSECUENCIAS**

BIBLIOGRAFIA

- 1.- DEMING, W.E. "Calidad, Productividad y competitividad; la salida de la crisis" Traductor: Jesus Nicolau Medina, Ed. Días de Santos, Madrid, 1989.
- 2.- GARCIA, S.S. y SANTOS, C.M. "Círculos de calidad en empresas del sector privado" Ed. Centro para la Innovación Tecnológica . U.N.A.M., México, 1985 (Informe de resultados).
- 3.- OGLIASTRI, E. "Gerencia Japonesa y Círculos de Capacitación" Ed. Norma, Colombia, 1988.
- 4.- Op. Cit... GARCIA Y SANTOS, 1985.
- 5.- GARFIAS, C.F. "Círculos de Calidad" División de Estudios de Posgrado, Facultad de Ingeniería, México, 1985 (Tesis).
- 6.- Op. Cit... OLIGIASTRI, E., 1988.
(66) Op. Cit... GARCIA Y SANTOS, 1985.
- 7.- OLIGIASTRI, E. "Gerencia Japonesa y Círculos de Capacitación" Ed. Norma, Colombia, 1989.
- 8 Op. Cit... GARFIAS, C., 1985.
- 9.- Op. Cit... OLIGIASTRI, E., 1988.
- 10.- Op. Cit... GARFIAS, C., 1985.
- 11.- SISTEMAS DE CALIDAD, Revista, Año 17, No. 75, pp.12.
- 12.- SEMINARIO IMPARTIDO POR EL INSTITUTO DE CALIDAD TOTAL "Programa Nacional de Calidad Total " Memorias, México, 1990.
- 13.- Op. Cit... GARFIAS, C., 1985.(74) WEBSTER' Third New International Dictionary. Ed. G. And C, Merriam, Co. 1981.
- 15.- PEREZ, O.C. "Los Círculos de Calidad y su desarrollo en México" Ed. I.T.A.M., México, 1991 (Trabajo de investigación).
- 16.- BERRY, L.L. "Calidad de Servicio" Ediciones Días de Santos, Madrid, 1989.
- 17.- FULTON En: LARREA, P. "Calidad de servicio" Del Marketing a la estrategia ,Ediciones Días de Santos, S.A., Madrid España, 1991.
- 18.- JURAN, J.M. "Juran y la planificación para la Calidad" Ediciones Días de Santos, S.A., Madrid España, 1990.
- 19.- KARATSU, H. "CTC: La Sabiduría Japonesa". Calidad Total , Ediciones Gestión 2000, S.A. , Barcelona, 1991.
- 20.- HOUGHTON, J.R. "Maka Quality a Way of Life" Ed. Quality Progress, E.U.A., 1987.
- 21.- DEMING, W.E. "Calidad, productividad y competitividad". La salida de la crisis. Ediciones Días de Santos, S.A., Madrid España, 1989.
- 22.- NOM-CC En: ROSANDER, A.C. "Applications of Quality Control in the service industries" Marcel Dekker, Inc. ASQC Quality Press, New York, U.S.A., 1985.
- 23.- FEIGENBAUM, A.V. "Control total de calidad" Compañía Editorial Continental S.A., México-España, 1976.
- 24.- NORMAS INDUSTRIAS JAPONESAS En: Ishikawa, K. "Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa" Ed. Norma, Colombia, 1986.
- 25.- Op. Cit... ISHIKAWA, K., 1986.
- 26.- Op. Cit... ISHIKAWA, K., 1986.
- 27.- Op. Cit... ISHIKAWA, K., 1986.

- 28.- RIEKER,W. "Nuestras enormes diferencias" Cambio organizacional, año VI/19, p 3, Editorial Joaquín Peón, S.A. de C.V., México, 1984.
- 29.- GAUL,R., GRUNENBERG,N. y JUNGBLUT,M. "El milagro japonés" Ed.Planeta, México, 1987.
- 30.-AGUIRRE-GAS H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Mex. 1990;32:170-180
- 31.- LEY GENERAL DE SALUD. Séptima edición México: Ed. Porrúa 1991
- 32.- RUIZ DE CHAVEZ M. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. Salud Pública Mex. 1990;32: 156-169
- 33.- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994. México: Secretaría de Programación y Presupuesto 1994.
- 34.- RUELAS E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública Mex. 1992; 34: 29-45
- 35.- BOBADILLA JL. Quality of perinatal medical care in Mexico city. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Perspectivas en Salud Pública No. 3 1988
- 36.-DURAN-GONZALEZ Letal. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Pública Mex. 1990; 32: 181-191
- 37.-VILLA S, GUISCAFRE H, MARTINEZ H, URBAN JC, REYES S, LEZAMA MA. Muertes en el hogar en niños con diarreas o infección respiratoria aguda después de haber recibido atención médica. Bol. Med. Hospital Infantil Mex. 1994; 51: 233-242.
- 38.- RUELAS E, DURAN L,QUEROL J, CAMPERO L, GARCIA-ROJAS M, HURTADO A. Análisis de los problemas de los médicos directivos en diferentes organizaciones hospitalarias: IV Características cualitativas de los problemas percibidos por los médicos directivos en México e implicaciones educacionales. J Health Adminis Educ 1991 (1)
- 39.-NAJERA P, DURAN-ARENAS L, RAMIREZ T. La calidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Síntesis Ejecutiva SE-40/91, 1992
- 40.-AGUIRRE-GAS H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública Mex. 1990;32:170-180
- 41.-CAMPERO-CUENCA L. Calidad de la relación pedagógica médico-paciente en consulta externa: el caso de Oaxaca, México. Salud Pública Mex 1990; 32: 192-204
- 42.- DE LA FUENTE GOYOCOLEA J Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de las actividades médicas. Departamento de Evaluación Médica. Bol. Med. IMSS 1976
- 43.- LEE RAMOS A Evaluación del envío de pacientes entre unidades médicas. Importancia del manejo adecuado de la forma 4-30-8/72. Bol. Med. IMSS 197; 17:187
- 44.-MAQUÉO OJEA P Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera parte. Bol. Med. IMSS 1976;18:60

- 45.- RIVA CAJIGAL G. Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda parte. Bol. Med. IMSS 1976; 18:60
- 46.- HERNANDEZ RODRIGUEZ F. Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro social. Primera parte. Bol. Med. IMSS 1976; 18:86
- 47.-DURÁN A., LG Y SÁNCHEZ R., R (1996)"Manual de Calidad" Dirección General de Estudios en Economía de la Salud (SSA), (Mimeo)
- 48.-ARVIZU, A. El Area de Recursos Humanos y la Calidad Total. Calidad Total/Perspectivas, 1993 (I) 3; 12:23
- 49.-BRANDEN N. Autoestima. Paidós, Buenos Aires, 1995.
- 50.-GILMORE CM y Moraes-Novaes H. "Manual de Gerencia de la Calidad" Organización Panamericana de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, Washington DC, 1996
- 51.-SCHULZE, H. La Experiencia de The Ritz-Carlton Hotel Company. Calidad Total/Perspectivas, 1993; (I) 3; 9:11
- 52.-GUTIÉRREZ M., I. "Dinámica de Grupos: Un enfoque Gestalt" (Tesis Profesional) Fac. de Psicología UNAM, 1997
- 53.-GUTIÉRREZ G., G. "Justo a Tiempo y Calidad Total", 2TM de. Castillo, México, 1993
- 54.-HAMMOND, J. (Coordinador) "Estudio Internacional de Calidad". Calidad Total 1993 (I); 5-34
- 55.-HOODGSON F. Y CRAINER S. Marketing in Health Services, Quality Health Care 1996, 5 (3); 123-132
- 56.-Rosenbluth, H. Y Mc Ferrin P., D "El Cliente No es lo Primero", Atlántida, Buenos Aires, 1995
- 57.-AGUIRRE GAS H Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativas de los pacientes y los trabajadores de las unidades médicas. Sal Pub Mex 1990, 32 (2), 170-180
- 58.-BLACKINGTON SM Y LAUCLAN T Continuous quality improvement in the neonatal intensive care unit: evaluating parent satisfaction. J Nurs Care Qual 1995 (4) 78-85
- 59.-WEBSTER J. Quality assurance: menasures of maternal knowledge and satisfaction. Aust Clin Rev 1993; 13 (3) 119-126
- 60.-ALBRETCH K. Algunas lecciones en torno a la Calidad de los Servicios. Calidad Total/Perspectivas, 1992, 3; 12-16
- 61.-LEBEDINSKY M. Notas Sobre Metodología, Ediciones Quinto Sol, México s.f., p. 26
- 62.-ZORRILLA AS Introducción a la Metodología de la Investigación, 4a de., Océano, México, 1986, p. 129.
- 63.-KERLINGER FN Investigación del Comportamiento 2a. ed., Interamericana, México, 1984, 311-320
- 64.-GOODE WJ Y HATT PK Métodos de Investigación Social, Trillas, México, 1982, p. 281
- 65.-DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL. Boletín Trimestral, Acumulado enero - septiembre 1996.

- 66.-BIRNBAUM D. CQI Tools: Sentinel Events, warning, and actions limits. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1993; 14 (9); 537-539
- 67.-UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.- Apuntes del Diplomado en Calidad Total, México, 1994 (5 Vols. Mimeo)
- 68.-REYES ZAPATA H Y COLS Programa de Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención. *Sal Pub Mex* 1990, 32, 232-242
- 69.-PELLEGRINI, FA 2Bases para la Formulación de Políticas de Ciencia y Tecnología en salud en América Latina” *Bol Of Sanit Panam* 1994; 116 (2); 165-178
- 70.-SECRETARÍA DE SALUD “Programa de Salud 1997” (Resumen), México, 1997
- 71.-HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “Diagnóstico y Propuestas de Cambio a los Procesos de Recepción, Almacenaje y Surtido de Materiales”, Noviembre 1996 (Martínez Juárez, García López, Asoc.) Anexo 2.
- 72.-POLA MA Gestión de la Calidad, Marcombo, Barcelona, 1988
- 73.-ISHIKAEA, K. Control de Calidad, Norma, Buenos Aires, 1992
- 74.-ACEVEDO, A. “Aprender Jugando 1” 2TM ed. Limusa, México, 1991
- 75.-PEÓN ESCALANTE, J. “Benchmarking” Desde una Perspectiva Mexicana. *Calidad Total/Perspectivas*, 1993 (I) 1; 35:47
- 76.-ROJAS SORIANO R “Guía para Realizar Investigaciones Sociales, UNAM, México, 1983.
- 77.-DE BONO, E. Seis Sombreros para Pensar, Granica-Vergara, Buenos Aires, 1993
- 78.-HAMMER M Y CHAMPY J. Reingeniería. Norma, Bogotá, 1994
- 79.-OBENG E Y CRAINER S “Reingeniería de la Empresa” *Financial Times-Folio*, Barcelona, 1994