

240



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

rej

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y LA PRODUCTIVIDAD A TRAVES DEL LIDERAZGO Y EL TRABAJO EN EQUIPO

REPORTE LABORAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA JOSE DE JESUS VERTIZ RAMIREZ

ASESORA: MTRA. AIDA MARIA RODRIGUEZ VELIZ

MEXICO, D. F.

OCTUBRE 1995



FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

ÍNDICE

Agradecimientos, 2

Introducción, 3

Capítulo 1, Justificación, 5

Capítulo 2, Antecedentes, 8

Capítulo 3, Procedimiento, 51

Capítulo 4, Evaluación, 72

Capítulo 5, Análisis, 135

Capítulo 6, Contribución, 146

Bibliografía, 151

AGRADECIMIENTOS

Por lo general en los trabajos en que se relatan experiencias en organizaciones se agradece a varias personas el apoyo proporcionado. En este caso son tantas a quienes quisiera expresar mi gratitud por lo mucho que aprendí al tener oportunidad de trabajar con ellas, que no podría hacer una lista tan extensa. Por eso prefiero sólo decir que son todos los miembros de los equipos de trabajo que menciono en este informe, incluso quienes nunca creyeron en el proyecto de calidad, pues también me enseñaron aspectos muy prácticos para el trabajo.

En otro sentido, hay algunas personas a las que quisiera mencionar en particular:

Ilse Salas. Ha sido mi jefa. Con su visión de las cosas determinó que cambiara mi forma de pensar sobre diversos aspectos fundamentales de la vida, hemos trabajado juntos y ahora estoy orgulloso de contarme entre sus amigos.

Carlos Martínez. Mi jefe. También creyó en mí y me dio la oportunidad de trabajar a su lado.

Mi familia: Alberta, Karla María y César. Me han tenido enorme paciencia y los adoro. Si trato de superarme es por ellos.

Aída María Rodríguez. Mi maestra y asesora. Su profesionalismo es un aliciente y un verdadero ejemplo a seguir. Sin su orientación no hubiera podido terminar este trabajo.

Hilda Reyes. Creyó en mí y es una de las personas que más me alentaron para dar este importante paso que me faltaba para sentirme un verdadero profesional. También estoy satisfecho de ser su amigo.

INTRODUCCIÓN

Ingresé a la organización de la cual presento este informe en septiembre de 1991. Mi puesto inicial fue el de asistente de un proyecto cuyo objetivo era implantar un sistema de calidad total. Durante mi permanencia aprendí mucho sobre calidad total, mejoramiento continuo, satisfacción de las necesidades de los clientes, calidad de la atención médica y trabajo en equipo, pero sobre todo me di cuenta de lo mucho que me aún me falta por conocer. Cuando decidí salir, en febrero de 1994, era yo el responsable de dicho proyecto y me habían ofrecido la coordinación del área de evaluación institucional.

Entre mis aprendizajes está considerar la calidad de la atención a la salud como una de las grandes necesidades del país, sobre todo en el momento actual, en el que nos hemos visto obligados a "redescubrir" nuestra pobreza, lo que nos lleva a intentar ser más racionales en el uso de los recursos para optimizarlos y obtener los mejores resultados posibles. En este sentido, el mejoramiento de la calidad de la atención ha sido considerado como una prioridad por las actuales autoridades de la Secretaría de Salud.

También aprendí que una de las premisas indispensables para promover el mejoramiento de la calidad en las organizaciones, cualquiera que sea su naturaleza, es la aplicación del liderazgo de tipo democrático como estilo de dirección institucional. De hecho, el propósito del presente informe es dar a conocer el efecto de los distintos tipos de liderazgo (autoritario, liberal y democrático) en el desarrollo de las actividades de los equipos de trabajo orientadas al mejoramiento de la calidad.

Resulta difícil hacer un informe sobre una organización con cuya dirección llegué a tener importantes desacuerdos, pero de la que obtuve un gran provecho en términos de conocimiento y experiencia. Pretendo exponer, con bases, mi versión de los hechos, la cual si bien podría constituir un merecido reconocimiento para muchos, para otros podría representar una verdad incómoda. Por tal razón he decidido mantener en el anonimato el nombre de esta organización y de las personas con las que en ella trabajé.

Sin embargo, doy los nombres de algunas otras instituciones que mantienen una intensa relación con muchas otras organizaciones de salud, además de la que aquí se describe.

La estructura del informe es la siguiente: primero justifico la idea de abordar este tema, en este momento, dada la situación de creciente competitividad internacional y la necesidad de mejorar los servicios de salud en el país. Después ofrezco los antecedentes y una exposición de conceptos y definiciones relacionadas con la calidad de la atención a la salud, la calidad total, el liderazgo y el trabajo en equipo. Continúo con la descripción del proyecto en el que intervino para pasar a comentar los resultados y circunstancias que desde mi punto de vista fueron más relevantes. En esta parte ofrezco una serie de datos cuantitativos cuyo valor estriba en que, según creo, demuestran el impacto de la aplicación de programas para el mejoramiento de la calidad cuando están respaldados por líderes comprometidos. Además expongo una serie de hechos en forma anecdótica pues consideré necesario tratar de expresar la realidad de las relaciones humanas tal como se vivieron y se sintieron.

Por último, presento algunas reflexiones sobre los resultados obtenidos en términos de los propósitos de mi trabajo desarrollado en la organización, de cómo considero que los psicólogos pueden contribuir a fortalecer este nuevo movimiento hacia la calidad y la productividad, y de mis propias expectativas al respecto.

Capítulo 1

JUSTIFICACIÓN

No obstante el gran interés en el mejoramiento de la calidad durante la última década, sigue siendo insuficiente la información sobre experiencias concretas al respecto en instituciones de salud. Además, las pocas que hay publicadas se refieren a otros países o a instituciones públicas y privadas de segundo y tercer nivel de atención (hospitales y centros de atención de alta especialización). Hay poca información disponible en lo que respecta al primer nivel (consulta externa, medicina preventiva) y aun menos sobre la calidad en programas comunitarios de salud.

El mejoramiento de la calidad implica el uso más eficiente de los recursos institucionales para producir los bienes o servicios que ofrecen a sus clientes (Deming, 1989). En lo que respecta al área de la salud, lo anterior adquiere particular importancia si consideramos la habitual escasez de equipo e insumos en las instituciones públicas.

Por otra parte, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud realizada en 1994, el 44% de los ciudadanos mexicanos opina que el principal problema de los servicios de salud es la mala calidad, siendo éste el rubro que se mencionó con mayor frecuencia (Frenk, Lozano, González-Block, et al., 1994). De esta manera, hablar de esfuerzos por mejorar la calidad en los servicios de salud implica un mejoramiento en la cobertura y en la solución efectiva de los problemas de salud de la población.

Se ha demostrado que el ejercicio de un liderazgo participativo y el trabajo en equipo son dos premisas indispensables para desarrollar esfuerzos institucionales sistemáticos orientados a mejorar la calidad y lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes o usuarios. Si bien está documentada la importancia del estilo de liderazgo en el caso de las compañías de carácter privado, en las organizaciones públicas prestadoras de servicios sigue pendiente este análisis, sobre todo en las instituciones de salud, quizá en parte por la tradicional investidura de poder y sabiduría adjudicada al médico: entre los pacientes su palabra es ley.

El trabajo en equipo, no obstante sus bondades ampliamente demostradas, sigue siendo una práctica poco frecuente (o por lo menos escasamente documentada) en las organizaciones de salud tanto públicas como privadas.

La aplicación de programas de salud comunitaria resulta de particular interés debido a su potencial beneficio para amplios sectores de la población, según propone la estrategia conocida como "Atención Primaria a la Salud" (APS), tal como consta en la declaración de Alma Ata, producto de la conferencia realizada en 1978 en dicha ciudad de la entonces Unión Soviética (Enfoques en Atención Primaria, 1986). De acuerdo con esta declaración, APS es a la vez una filosofía, basada en el valor de conocimiento popular y la práctica comunitaria, y una metodología que pretende incorporar dichos valores a los sistemas nacionales de salud. Así, mediante la aplicación de medidas preventivas, la detección y control de factores de riesgo, el desarrollo de actividades de educación comunitaria y la aplicación de tecnología apropiada a un costo soportable por los gobiernos y las comunidades se puede producir un impacto favorable sobre el estado de salud de las poblaciones beneficiadas con programas de este tipo. De ahí la importancia de los esfuerzos por evaluar y mejorar la calidad de la atención en programas de salud comunitarios.

Aunque en el presente reporte analizo el desarrollo de un proyecto para mejorar la calidad de los servicios en una institución privada dedicada a promover la planificación familiar y a impulsar programas de salud comunitarios, durante

muchos años su funcionamiento y administración han correspondido a un modelo público: se le asignaba un presupuesto anual que debía ser ejercido sin mayores observaciones en cuanto al nivel de calidad logrado. Por esta circunstancia, es posible que las conclusiones que se presentan sean aplicables no solo a organizaciones similares (privadas sin fines de lucro), sino también a instituciones gubernamentales del sector salud.

Capítulo 2

ANTECEDENTES

En los años recientes ha habido un auge en el interés de las empresas, tanto públicas como privadas, por producir bienes y servicios "de calidad". Constantemente escuchamos frases publicitarias que hacen referencia a la "excelencia" y a la "calidad total" e incluso se oye decir una y otra vez que "al Tratado hay que entrarle con calidad". Por otra parte, ha aparecido gran cantidad de cursos, talleres, seminarios y conferencias dirigidos a directivos y gerentes con el propósito de "sensibilizarlos" sobre la importancia de controlar y mejorar la calidad de lo que producen sus compañías.

¿Por qué esta repentina preocupación por la calidad?

Para responder esto tendremos que remontarnos a la tercera década del presente siglo, cuando el Dr. W. A. Shewhart, quien trabajaba en una compañía de teléfonos de Nueva York (Bell Laboratories), diseñó un cuadro que permitía controlar estadísticamente la calidad de la producción. Después, durante la Segunda Guerra Mundial, los estadounidenses aplicaron las técnicas estadísticas para garantizar un nivel óptimo de calidad en la producción del armamento. Personajes principales durante esos años fueron los Drs. W. E. Deming y J. M. Juran quienes, ya terminada la Guerra, visitaron el Japón para difundir los principios de la administración (gestión) para la calidad así como las técnicas y procedimientos del control estadístico de la calidad. Este, por cierto, había dejado de ser aplicado en los Estados Unidos de América debido a que la demanda de productos siempre superaba a la oferta. Poco importaba la calidad de un bien, lo esencial era poseerlo (Walton, 1988).

Japón, país que perdió la Guerra y vio devastada su industria y su economía, se enfrentaba al reto de crecer y sostenerse principalmente mediante el comercio internacional (todos sabemos que no es una nación productora de

materias primas), aunque para lograrlo había un problema: los productos japoneses tenían mala fama; eran caros y de mala calidad. De este modo, en la década de 1950 los japoneses acogieron con entusiasmo las ideas y propuestas de sus asesores norteamericanos, matizándolas y dándoles el toque de su propia cultura (Ishikawa, 1986).

Con pasos firmes y decididos los productos japoneses fueron ganando terreno en el mercado oriental hasta que, en la década de 1970, comenzaron a preocupar a los industriales norteamericanos quienes comenzaron a notar que el público daba preferencia a automóviles, televisores, estéreos, cámaras fotográficas e incluso equipo para la navegación entre otros productos provenientes del Japón.

Resueltos a descubrir qué estaba sucediendo, los empresarios promovieron visitas de intercambio con el oriente descubriendo con sorpresa (Walton, 1988) que el resultado del éxito japonés se había desencadenado por las enseñanzas de dos estadounidenses apasionados por el mejoramiento de la calidad.

Así comenzó una gran contienda comercial no sólo entre los Estados Unidos y el Japón, sino entre las propias compañías americanas, y entre éstas y otras incluso europeas.

Paralelamente se propició el surgimiento de varias escuelas dirigidas por los ahora llamados "Gurús" de la calidad. Deming (1989) promovió la aplicación de sus famosos "14 puntos" poniendo especial énfasis en el papel que deben desempeñar los directivos de las empresas; Juran (1988, 1990) se centró en una metodología de detección de problemas y elaboración de proyectos de mejora integrada por 10 pasos además de que tradujo el sistema de planeación y control financiero al lenguaje de la calidad; Crosby (1987, 1989) volvió a la carga con su popular, a la vez que criticado, concepto de "Cero Defectos" y con su propuesta de controlar y reducir los costos de la mala calidad; Ishikawa (1985, 1986) publicó algunos libros y artículos que ilustran bastante bien la aplicación de las técnicas para lograr el "Control Total de Calidad" a través de la actividad de los círculos de calidad. Por otra parte, algunos expertos en administración como Albrecht (1988), Carlzon (1989) y Peters y Waterman (1984) publicaron interesantes experiencias de

empresas americanas y europeas que vieron la importancia del "servicio a los clientes" para lograr el éxito.

Hay autores hispanohablantes que se han dado a la tarea de difundir, en libros y revistas, sus propias propuestas y experiencias relacionadas con la promoción de la calidad total y los procesos de mejoramiento continuo de la calidad. Algunos de ellos son Acle (1991), Ginebra y Arana (1992), y Ogliastrì (1988).

Las instituciones de salud no han sido ajenas a este auge de la calidad. Para Donabedian (1993), reconocido por Ruelas (1990) como uno de los principales teóricos en materia de calidad de la atención médica, la calidad —entendida como el logro de la satisfacción del paciente a través del restablecimiento de su salud— ha sido la principal preocupación de las ciencias médicas desde sus orígenes. No obstante, no es sino hasta las décadas de 1970 y 1980 que este interés comienza a tomar forma a través del desarrollo institucional de programas de "Garantía de Calidad" en hospitales de los países bajos, Canadá, Estados Unidos y España.

El Center for Human Services, a través del "Proyecto de Garantía de Calidad", auspiciado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), desde 1991 ha impulsado proyectos, seminarios y asistencia técnica relacionada con la garantía de calidad en países en vías de desarrollo en Latinoamérica, Asia y África (ver el número de junio de 1993 de "Noticias del proyecto de garantía de calidad").

En México, recientemente instituciones públicas y privadas han mostrado avances en la aplicación de programas de mejoramiento de la calidad. Sobresalen los casos del IMSS y del ISSSTE, así como de los hospitales privados "Ángeles", "ABC", "Médica Sur" y la "Torre Médica" en el D.F., y el de la "Clínica Nova" de Monterrey (ver "Memorias del Primer Congreso Nacional de Calidad de la Atención Médica", 1994). Por su parte, Reyes, Meléndez y Vidal (1990) describieron la aplicación de un programa de garantía de calidad en unidades en el primer nivel de atención. La creación de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) en 1985 y de la Sociedad Mexicana para la Calidad de la Atención a la

Salud (Somecasa) en 1992 ha dado más realce y difusión a las experiencias orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud. En 1991, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C., (Mexfam) inició actividades encaminadas a aplicar un sistema de Calidad Total en la administración de servicios de salud comunitarios.

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Pero, ¿qué es la calidad?, ¿en qué consiste el mejoramiento continuo?, ¿a qué se refieren los expertos cuando hablan de calidad total?, ¿qué es la garantía de calidad de la atención médica?, ¿qué se entiende por liderazgo, participación y trabajo en equipo en el marco de una institución que dice estar comprometida con el mejoramiento de la calidad? Mi propósito en esta sección es, precisamente, esclarecer estos términos y establecer un marco de referencia que permita explicar mejor las acciones que se reportan en este trabajo. Para ello presento las definiciones que han dado algunos expertos. En primer lugar listo las que da Juran (1988) sobre ciertos conceptos básicos, entre ellos, calidad, producto y cliente. Enseguida expongo la explicación que proporciona Donabedian (1990, 1993) sobre la calidad de la atención médica. Posteriormente comento las reflexiones de diversos autores (Ruelas, 1990, 1992, 1993; Ruelas y Zurita, 1993, y Vidal y Reyes, 1993) sobre el significado y las estrategias de la garantía de la calidad de la atención a la salud.

Más adelante reviso en qué consiste el mejoramiento continuo de la calidad (sobre todo a partir de Imai, 1989; Deming, 1989; Juran, 1988 y Walton, 1988), para discutir después el significado de calidad total que propone Ishikawa (1986).

Una vez aclarados los conceptos anteriores, presento una breve revisión del papel del liderazgo y del trabajo en equipo en los esfuerzos organizacionales orientados al mejoramiento continuo de la calidad (Deming, 1989; Ginebra y

Arana, 1992; Juran, 1988; Jiménez, 1991, y Casares, 1994), para lo cual considero los conceptos y procesos correspondientes desde el punto de vista de la psicología social y del trabajo (Blake, Mouton y Allen, 1992; De la Cerda, 1990; Moscovici, 1985; Munné, 1986; Patiño, 1993 y 1994; Schein, 1972 y Thomsett, 1990).

Las definiciones de Juran

¿Qué es la calidad?

Se han propuesto diversas definiciones de la calidad, pero una de las que han gozado de mayor aceptación es la aportada por Juran (1988). Para este autor la calidad consiste, por un lado, en las características del producto que satisfacen las necesidades de los clientes y por lo tanto producen satisfacción con el propio producto, y por otro, en la ausencia de deficiencias. Una definición que integre ambos aspectos podría ser:

Calidad es el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes.

De este modo, podemos hablar de buena calidad cuando el producto cumple ciertos requisitos técnicos y satisface a los usuarios. En cambio, el producto será de mala calidad si deja de cumplir cualquiera de esos dos aspectos o ambos. Es decir, si el producto cumple todos los requisitos técnicos, pero no satisface al usuario, la calidad se verá reducida; por ejemplo, una consulta médica pudo haberse proporcionado de manera impecable desde el punto de vista técnico, pero

si el paciente sintió desconfianza o que el médico le faltó al respeto, la calidad de dicha consulta no fue buena.

El caso contrario también es cierto: cuando el producto satisface al usuario pero técnicamente presenta limitaciones, que tal vez el usuario no pueda identificar, la calidad también se ve afectada. Un ejemplo extremo lo proporciona Ruelas (1993) cuando señala: "... el paciente puede vivir satisfecho hasta su último suspiro; no obstante, no debió haber muerto" (pág. 300).

Por último, es claro que si el producto no cumple los requisitos técnicos y tampoco satisface al usuario, la calidad también se deteriora. En atención médica equivaldría, por ejemplo, a combinar negligencia con maltrato al paciente.

Producto

Para Juran, un producto es el resultado de cualquier proceso. Los productos pueden ser bienes, información (software) o servicios. Los bienes son objetos tangibles como lápices, automóviles, estuches de diagnóstico, baumanómetros, muebles, etc. La información (software) se refiere, en cierto sentido, a los programas para computadoras, pero en un sentido más amplio a informes, planes, políticas e instrucciones, entre otros. Por último, los servicios se refieren al trabajo realizado por las personas (u organizaciones completas) para satisfacer las necesidades de otros, tales como la educación, el entretenimiento, el transporte, la comunicación y, por supuesto, la atención a la salud.

Característica del producto

Una característica es una propiedad que posee el producto y con la cual se pretende satisfacer ciertas necesidades del cliente. Las características del producto pueden ser tecnológicas, por ejemplo, consumo de combustible en un vehículo, dimensión de un componente mecánico, viscosidad de una sustancia o

uniformidad en el voltaje de una fuente de energía eléctrica. Pero también pueden tomar otras formas, por ejemplo, en el caso de los servicios, podríamos hablar de oportunidad, cortesía, apego a procedimientos, etc.

Cliente/proveedor

Los clientes son las personas, áreas (departamentos, gerencias, divisiones) u organizaciones que reciben los productos con los cuales son impactados. Los clientes pueden ser externos o internos.

Los **clientes externos** son impactados por el producto pero no pertenecen a la organización que lo produce. Son los consumidores finales del producto. En el caso de las organizaciones de salud, los clientes externos son los usuarios de los servicios que proporcionan, es decir, la población que acude a solicitar atención para resolver sus problemas de salud o a la cual están dirigidos los programas comunitarios de atención a la salud.

Los **clientes internos** son las personas o áreas que reciben los productos de otras personas o áreas que pertenecen a la misma organización. En las organizaciones de servicios de salud, por ejemplo, los médicos son clientes de la administración pues de ella reciben varios productos (instalaciones, equipo, suministros), aunque, por otra parte, la administración es cliente de los médicos ya que de ellos recibe cierta información necesaria para realizar la evaluación institucional.

Cabe aquí introducir otro concepto que está en estrecha relación con el de cliente: el de **proveedor**. Si el cliente es quien recibe los productos, el proveedor es quien se los proporciona. Los proveedores, al igual que los clientes, también pueden ser externos e internos. En la figura 2.1 se ilustra la relación entre los clientes y proveedores, tanto externos como internos, así como el doble papel que en una misma organización puede desempeñar cualquier persona o área en una institución de salud.



Fig. 2.1. Cadena de proveedores y clientes internos y externos.

Necesidades del cliente

Todos los clientes, tanto externos como internos, tienen necesidades que deben ser satisfechas y las características del producto deben responder a esas necesidades. En el caso de los clientes externos dicha respuesta determina la satisfacción con el producto y, en consecuencia, su aceptación. Para los clientes internos la respuesta determina la competitividad, productividad y calidad de la organización, así como el estado de la moral entre las diversas áreas. Sobre esto último, Lozano (en Jiménez, 1991, pág. 38) señala:

“... Es imposible pedirle a un trabajador que esté motivado cuando en su lugar de trabajo se encuentra con equipos en mal estado, con herramientas mal diseñadas y desgastadas, con falta de capacitación, con exigencias de producir cantidad y no calidad, con suciedad y desorden y con una improvisación en general en los diversos renglones del trabajo.”

Satisfacción con el producto

Señalé anteriormente que las características del producto que responden a las necesidades del cliente proporcionan “satisfacción con el producto”, lo cual es decisivo para su aceptabilidad. En mercados de gran competencia hay múltiples proveedores de productos con diversas características. La variación que de esto resulta conduce al surgimiento de distintos niveles de satisfacción con el producto. En México, en lo que respecta a las organizaciones de salud, se puede hablar de diferentes niveles de satisfacción de los usuarios según el tipo de institución, privada o pública, y en este último caso, de qué institución se trata (IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX, etc.) (ver Frenk, Lozano, González-Block, et al., 1994).

Conformidad con las especificaciones, conformidad con los requerimientos

Algunas personas definen la calidad como la conformidad con algún estándar que puede estar basado en especificaciones, procedimientos o requerimientos. Esta definición puede ser de utilidad para esclarecer las responsabilidades de los trabajadores y supervisores respecto a la calidad. Es posible que en estos niveles el personal carezca de información sobre las necesidades de un buen número de clientes externos e internos, de modo que requieran definiciones claras de sus responsabilidades en materia de calidad. Esto puede solucionarse estableciendo las responsabilidades en términos de conformidad. No obstante, ninguna de estas definiciones de conformidad representa la responsabilidad de calidad de la organización, para la que dicha definición debe establecerse en términos de (1) satisfacer las necesidades de los clientes, y (2) la ausencia de deficiencias. Por ejemplo, no es posible equiparar la responsabilidad en materia de calidad de un empleado de archivo con la de toda una unidad hospitalaria. La de aquél tendrá relación con aspectos como orden y celeridad, en tanto que la del hospital podrá estar fundamentada en la solución de los problemas de salud de los usuarios, lo cual implica la satisfacción de una necesidad (recuperar la salud) del cliente, y la ausencia de deficiencias (diagnósticos precisos, tratamientos adecuados).

Sin embargo, no debe perderse de vista que la calidad en el trabajo del empleado de archivo es necesaria, es decir, contribuye en alguna medida, para lograr la calidad hospitalaria.

Deficiencia del producto

La segunda definición importante de la calidad es la ausencia de deficiencias. Las deficiencias del producto aparecen en formas diversas: entregas retrasadas,

devoluciones, errores presupuestales, desperdicios o retrabajos, cambios en el diseño, etc. Cada una de ellas es el resultado de alguna deficiencia en un producto o proceso. Cada una de ellas representa un problema para los clientes, sean externos o internos.

Insatisfacción con el producto

Una consecuencia de las deficiencias del producto es la insatisfacción de los clientes. Los clientes externos expresan su insatisfacción mediante quejas, devoluciones y reclamos. Si la respuesta a esa insatisfacción es inadecuada, o si el grado de insatisfacción es demasiado alto, los clientes externos pueden dejar de comprar el producto. En el caso de las organizaciones de salud, en especial si son públicas, esto debe entenderse como falta de disposición de los usuarios para regresar a solicitar atención (lo cual implica, entre otras cosas, que gran parte de la población no asista regularmente y por lo tanto no se puedan detectar oportunamente algunos padecimientos y algunas instalaciones estén subutilizadas). Esta reacción de los clientes externos impacta a la organización al aparecer una combinación de problemas como son: ventas bajas, costos altos, baja productividad, etc.

Pero las deficiencias del producto también afectan a los clientes internos, quienes manifiestan su insatisfacción en la forma de quejas internas. Si la respuesta es inadecuada, o si el nivel de insatisfacción es demasiado alto, las consecuencias son el deterioro en la cooperación entre departamentos, acusaciones mutuas, baja moral, etc. Dichas consecuencias también propician el descenso en las ventas, los altos costos, la baja productividad, etc.

Hasta aquí las definiciones que propone Juran para el concepto de calidad y otros directamente relacionados. Veamos enseguida la explicación que propone Donabedian (1984, 1990, 1993) para la calidad de la atención médica en particular.

Calidad de la atención a la salud

Donabedian (1990) define la calidad de la atención a la salud como "... el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud" (pág. 12). Una definición más desarrollada es la propuesta por Ruelas y Querol (1994), quienes dicen:

"La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención, y a los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma." (pág. 17).

La dimensión técnica y la dimensión interpersonal en la definición de calidad

Según Donabedian (1984, 1990) es posible distinguir dos dimensiones en la calidad de la atención a la salud: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal. La primera se refiere a la "...aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud." (Donabedian, 1984, pág. 4). Este autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como...

"... La aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos." (Donabedian, 1984, pág. 6)

Una forma en que dicha aplicación se concreta es mediante el apego del personal a las normas técnicas institucionales. Por ejemplo, Muñoz y colaboradores (citados por Ruelas y Querol, 1994), en un estudio realizado en dos

unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, demuestran una serie de deficiencias en el manejo terapéutico de la diarrea aguda en menores de cinco años. Al respecto se considera que un patrón prescriptivo adecuado establece el empleo de rehidratación oral en el 100% de los casos; que en ningún caso debe emplearse dieta restrictiva, y que sólo en el 10% de los casos están indicados los antimicrobianos. Los resultados del estudio citado fueron: uso de rehidratación oral sólo en 35% de los casos; indicación de ayuno o suspensión de algunos alimentos en 46.5%; la presencia de sangre en las evacuaciones, el signo más orientador del diagnóstico y tratamiento de la diarrea infecciosa, no se consideró como criterio para la prescripción de antibióticos, y en relación con esto, se encontró abuso de antimicrobianos, antiparasitarios y antidiarreicos, los cuales se prescribieron en el 76.3% de los casos.

Otro aspecto de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos institucionales (financieros, instalaciones, equipo, materiales y tiempo). Cuando éstos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse, medicamentos que no debieron haberse indicado) también disminuye la calidad puesto que, además del desperdicio que esto representa, es posible que se esté sometiendo a los usuarios a riesgos innecesarios.

La dimensión interpersonal consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el cliente y el personal de salud. Donabedian reconoce que la calidad de la dimensión interpersonal es más difícil de explicar. Al respecto, dice:

“El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí se sigue que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.” (Donabedian, 1984, pág. 6)

Por ejemplo, la propedéutica médica establece que se deberá respetar la intimidad del paciente, a quien es necesario dar un trato digno. Por lo tanto, el trato impersonal y descortés que muchas veces se observa en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, afecta la calidad de la atención proporcionada. Sobre este aspecto conviene revisar el trabajo realizado por Campero (1990), donde se documenta una serie de deficiencias en la relación médico-paciente durante la consulta externa. A manera de ejemplo, baste decir que, de 168 consultas observadas, sólo en 43 de ellas (25.6%) el médico saludó al paciente; en 136 (81%) el médico no indicó al paciente el lugar que debería tomar para iniciar la consulta (no le dijo, por ejemplo, "síntese por favor") y en 152 ocasiones (90.5%) se pasó por alto la identificación del grado de escolaridad del paciente, lo cual se considera central para adecuar las explicaciones sobre el padecimiento y el tratamiento.

Es necesario hacer notar el paralelismo entre los dos aspectos de la definición de calidad propuesta por Juran (ver la sección correspondiente) y las dos dimensiones identificadas por Donabedian, lo cual se percibe mejor si recordamos los comentarios sobre la atención médica expuestos cuando se abordó la visión de Juran: la calidad de la atención médica disminuye si hay deficiencias técnicas en la prestación del servicio (dimensión técnica-deficiencias en el producto), si la relación entre el proveedor de la atención y el paciente es inadecuada (dimensión interpersonal-satisfacción del cliente) o si ocurren ambas situaciones a la vez.

Los tres enfoques para evaluar la calidad: estructura-proceso-resultado

Para Donabedian (1984, 1990), la calidad de la atención médica, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, está determinada por tres factores: estructura, proceso y resultado. La estructura consiste en las

características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos (otra vez en términos de dinero, instalaciones, equipo, materiales, mobiliario y personal), pero también a la forma en que éstos están organizados para proveer el servicio a la población (reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información). La estructura también está constituida por los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.

El proceso de atención se refiere al conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas de atención. También se considera como parte del proceso las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su propia salud. Así, la forma en que un médico examina a un paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, y el apego del paciente al tratamiento recomendado son elementos que forman parte del proceso de atención.

Por último, el resultado se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que puedan ser atribuidos al proceso de atención. Por supuesto, los resultados pueden consistir en una mejoría en el estado de salud, pero también, en el peor de los casos (la iatrogenia), en un daño causado por el tratamiento.

La garantía de la calidad de la atención médica

En el capítulo 1 se comentó la imperante necesidad de mejorar la calidad de los productos y servicios para que las organizaciones sean más productivas y competitivas ante la globalización de la economía. Se dijo también que las organizaciones de atención a la salud, sean públicas o privadas, no escapan a esta necesidad.

Durante el presente siglo se han desarrollado diferentes propuestas para abordar el mejoramiento de la calidad de los productos y servicios. En el área de la salud han destacado los sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad, en tanto que en el terreno de las industrias sobresalen las propuestas que se refieren al mejoramiento continuo de la calidad, al control total de calidad y a la evaluación comparativa de referencia (*benchmarking*) (Ruelas y Zurita, 1993; Ruelas y Querol, 1994). Al respecto, Ruelas (1990) y Ruelas y Zurita (1993) afirman que el concepto que permite explicar el sentido y propósito de cada una de dichas propuestas es el de "garantía", en tanto que se refiere al "acto y efecto de afianzar lo estipulado", o a una "cosa que protege contra algún riesgo o necesidad" o incluso a "responder de la calidad de algo". Así, "...garantía de calidad debe ser el término genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o (sic) evitar o minimizar riesgos." (Ruelas y Zurita, 1993, pág. 236). De hecho, el propio Ishikawa (1986) afirma que "... la garantía de calidad es la esencia misma del control de calidad..." (pág. 68) y la define como la capacidad para asegurar la calidad de un producto (que puede ser un bien o un servicio) de modo que el cliente pueda comprarlo o hacer uso de él con confianza y satisfacción.

Reerink (1990), propone un modelo de garantía de calidad basado en la retroalimentación a partir de la comparación de la atención actual con criterios y estándares predeterminados. Esta comparación es seguida por un juicio sobre la calidad de la atención. Cuando se considera necesario, se llevan a cabo acciones de mejoramiento dirigidas al personal de la institución, a los pacientes o al sistema de salud (ver figura 2.2).

Por su parte, Ruelas (1992) propone una visión más global del proceso de garantía de calidad de la atención al incluir entre sus elementos, además de la evaluación y la monitoría, de alguna manera representados en el modelo anterior, aspectos organizacionales como el diseño, el desarrollo y el cambio (ver figura 2.3).

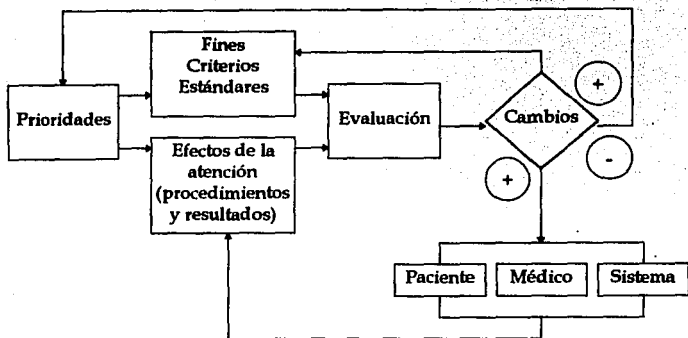


Fig. 2.2. Modelo del proceso de garantía de calidad propuesto por Reerink (1990).

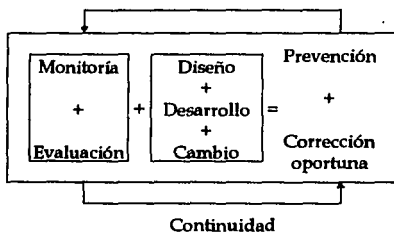


Fig. 2.3. Modelo de Garantía de calidad propuesto por Ruelas (1992).

Según el mismo autor la estrategia institucional dependerá del énfasis que se haga en los elementos del modelo. Al respecto, Donabedian (1993) señaló las grandes coincidencias, así como las diferencias más de forma que de contenido, entre los planteamientos "médico" e "industrial" para abordar el problema de la garantía de la calidad. Al hablar del modelo industrial, Donabedian se refirió principalmente al mejoramiento continuo y al control total de calidad. Ruelas y Querol (1994) también identifican la combinación de estas propuestas, junto con lo

que ellos llaman “*monitoría de actividades críticas*”, equivalente en cierto modo al control de procesos (Acle, 1991; Juran, 1988, 1990; Amsden, Buttler y Amsden, 1993) como una de las estrategias recomendables para desarrollar programas de garantía de calidad en instituciones de salud.

En la siguiente sección se revisará en qué consiste dicha estrategia.

Mejoramiento continuo, calidad total y control de procesos

¿Qué es el mejoramiento continuo?

El mejoramiento continuo se refiere a la calidad. A ésta se le ha definido como el conjunto de características y atributos de los bienes o servicios que permiten determinar si cumplen o no una serie de requisitos de producción y si satisfacen a los usuarios. Por lo tanto, el mejoramiento continuo de la calidad es el resultado de la aplicación de un conjunto de acciones sistemáticas encaminadas a identificar los problemas que impiden tanto el cumplimiento de requisitos y especificaciones como el logro de la satisfacción de los clientes externos e internos. El primero en concebir la idea de que la calidad debía ser mejorada de manera continua fue el Dr. W. A. Shewhart (Ishikawa, 1986), quien en la década de 1930 propuso la utilización de técnicas estadísticas para el control de la calidad. Para ello diseñó el gráfico de control, herramienta que permite identificar el momento en que la variación estadística rebasa los límites de aceptación de determinadas características del producto durante su fabricación. En la figura 2.4 se muestran los elementos que integran un gráfico de control.

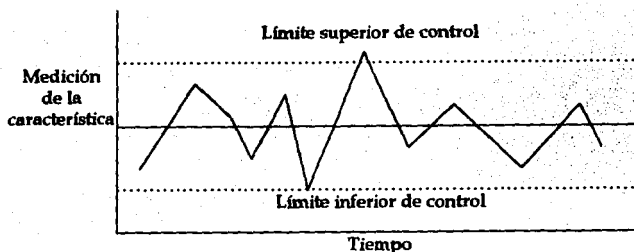


Fig. 2/4. Elementos de los gráficos de control.

Otro componente fundamental de la propuesta original del mejoramiento continuo de la calidad es el ciclo integrado por las etapas diseño-producción-ventas-investigación (ver figura 2.5) aportado por Shewhart y revisado por Deming (Deming, 1989; Imai, 1989; Ishikawa, 1986; Walton, 1988). La aportación más relevante de este ciclo es la inclusión de la etapa de investigación, que se refiere al conocimiento del efecto que tiene el producto en el usuario, en cuanto a sus motivos de satisfacción y, sobre todo, de insatisfacción. El conocimiento del punto de vista de los clientes y el rediseño del producto en función de ese punto de vista permiten prever que el producto resultante gozará de mayor aceptación que su predecesor o que los productos de la competencia.

Con el tiempo se fueron diseñando o adaptando otras técnicas también con el propósito de identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas que afecten la calidad. A estas técnicas se les conoce como las "herramientas para la calidad". Entre las más utilizadas están: el diagrama causa efecto (también conocido como diagrama de Ishikawa o diagrama de pescado), la hoja de datos (o planillas de inspección), los gráficos de control y de dispersión, los diagramas de Pareto (que son representaciones gráficas de problemas o causas jerarquizados según su magnitud), los histogramas y los diagramas de flujo de los procesos. Más adelante

tendré la oportunidad de ejemplificar la aplicación de algunas de ellas en el campo de la salud comunitaria y la planificación familiar. Lo que vale la pena destacar en

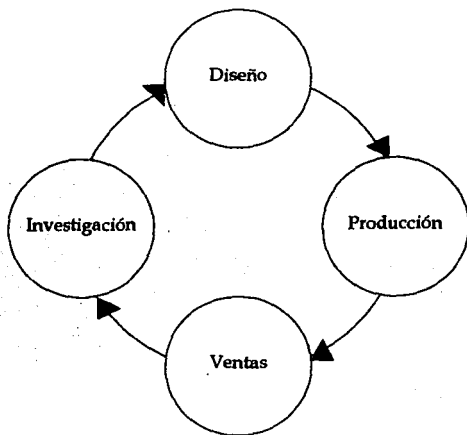


Fig. 2.5. El ciclo de Shewhart-Deming.

este punto, es la necesidad e importancia del uso de instrumentos y técnicas para medir la calidad, sin las cuales sería imposible saber si efectivamente ha habido alguna variación (en sentido positivo o negativo) después de haber realizado algún cambio en los procesos o en los productos (Deming, 1989; Ishikawa, 1986).

¿Qué significa calidad total?

Las palabras "calidad total" originan una serie de ideas que hacen pensar en la calidad absoluta, es decir, en la excelencia, en la verdadera ausencia de defectos

(Crosby, 1989) o en la completa, permanente e incuestionable satisfacción de los clientes. Nada más alejado de la realidad, y uno de los primeros en hacerlo notar fue Ishikawa (1986), quien afirma que los directivos que creen haber logrado un control de calidad absoluto no han tomado en cuenta que las necesidades y expectativas de los clientes cambian (cada vez más rápido), por lo que siempre es necesario buscar oportunidades para mejorar los productos o servicios que ofrece una organización. De modo que es necesario aclarar de dónde proviene y cuál es el verdadero significado de la expresión "calidad total".

Calidad total es la traducción de las palabras en inglés *total quality*, las cuales, a su vez, son el resultado de la mutilación del concepto íntegro *total quality control*, que significa control total de calidad.

Como se observa, al eliminar la palabra "control" se pierde gran parte del sentido de la frase, pues no es lo mismo decir "calidad total" que "control total de calidad". El primero en hablar de "control total de calidad" fue Feigenbaum, quien ofrece la siguiente definición:

"...Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y mejoramiento de calidad realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes." (Feigenbaum, citado por Ishikawa, 1986, pág. 84)

Con el fin de hacer más explícita la idea de que la palabra "total" se refiere a la participación de todos los miembros de la organización en los esfuerzos por controlar y mejorar la calidad, Ishikawa (1986) propuso la expresión "control de calidad en toda la compañía".

Pero calidad total también se refiere al esfuerzo por controlar y mejorar la calidad de los bienes y servicios durante todas las etapas del proceso para producirlos. En este sentido, los proveedores y los clientes desempeñan papeles de gran importancia. La participación de los proveedores consistirá en conocer las necesidades de la organización, en cuanto a requisitos y especificaciones de los insumos que le ofrecen, así como en el firme compromiso de satisfacerlas. Por su

parte, los clientes participan proporcionando información sobre su grado de satisfacción con los productos, con sus quejas y con sugerencias para mejorarlos (Albrecht, 1988; Deming, 1989; Ishikawa, 1986; Juran, 1988).

De modo que calidad total no significa calidad absoluta o excelencia, sino la participación de todos los miembros de la organización en la búsqueda de aquéllas (Albrecht, 1988; Peters y Waterman, 1984), así como el esfuerzo sistemático por controlar y asegurar un nivel determinado de calidad en todas las fases del proceso de producción de los bienes o servicios.

El control total de calidad se logra a través del mejoramiento continuo, el cual, como ya lo vimos, es el resultado de la aplicación de técnicas de medición y análisis que persigan identificar y solucionar problemas que afectan la calidad así como controlar y estandarizar los principales procesos de producción de una empresa. Conviene recordar aquí una frase que resume tanto la importancia del uso de las mediciones como el método para lograr el mejoramiento de la calidad: **"No se puede mejorar lo que no se controla; no se puede controlar lo que no se mide; no se puede medir lo que no se define."**

En calidad total es muy importante el control de los costos no por medio de la adquisición de las materias primas más baratas, sino a través de la reducción de los desperdicios y los trabajos repetidos por errores en la realización de los procesos correspondientes (Deming, 1989). Ofrecer productos competitivos implica ofrecer productos o servicios sin defectos y a precios accesibles.

Por supuesto, la prevención ocupa un lugar privilegiado y desplaza a la tradicional inspección de los productos terminados.

Otra falacia a que ha llevado la identificación de la calidad total con la calidad absoluta es que sólo las grandes empresas pueden aspirar a aplicar un sistema tal en su administración, lo cual es desmentido por los propios expertos cuando aportan ejemplos de empresas pequeñas, incluso familiares, que se esfuerzan en lograr la satisfacción de sus clientes (Albrecht, 1988; Peters y Waterman, 1984).

Como vemos, el concepto de calidad total se ha visto enriquecido con aportaciones de diferentes autores de diversas culturas. A grandes rasgos, podríamos resumir que **calidad total es un sistema de administración que persigue el mejoramiento continuo de la calidad de los bienes o servicios que produce una organización, en función de las necesidades y expectativas de los clientes externos e internos, a través de la participación de todos sus miembros y con el liderazgo decidido de los directivos.**

Destaca que todos los autores que han abordado el tema de la administración por calidad hagan referencia a por lo menos tres aspectos básicos (Treviño, Valle, Fierro y De la Loza, 1994):

1. Lo más importante es lograr la **satisfacción de los clientes externos e internos.**
2. Es esencial la participación de todos los miembros de la organización. En este sentido es determinante el **liderazgo** que debe ejercer el cuerpo directivo de la misma así como el impulso al **trabajo en equipo.**
3. Es necesario utilizar técnicas y herramientas para identificar, analizar y solucionar problemas y promover el **mejoramiento continuo** de la calidad de los productos y procesos realizados por los diversos departamentos y equipos de trabajo dentro de la organización.

En la fig. 2.6 se muestra gráficamente la relación que existe entre los tres aspectos básicos de la calidad total. Lo primero que resalta es que los tres están representados como los lados de un triángulo equilátero, lo que significa que deben tener la misma importancia. Por otra parte, al igual que el triángulo se desbarataría si se eliminara alguno de sus lados, la calidad total sería imposible si faltara cualquiera de los tres elementos. Por ejemplo, si los directivos de una organización pregonan la calidad como el máximo valor institucional, promueven el trabajo en equipo e insisten en el uso de técnicas estadísticas, pero éstas se

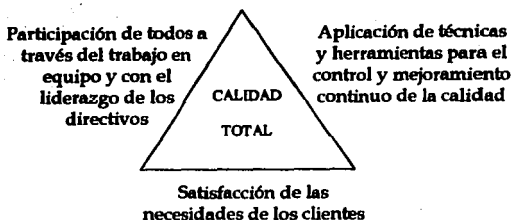


Fig. 2.6. Los tres elementos de la calidad total.

utilizan únicamente para “resolver” aspectos que no afectan la calidad del producto que reciben los clientes externos, es decir, que a éstos no se les toma en cuenta para establecer la prioridad de los problemas o proyectos de mejoramiento, la calidad total no existe.

Por otro lado, si se insiste en que lo más importante es lograr la satisfacción de los clientes externos e internos y se reconoce que sólo a través del trabajo en equipo será posible conseguirlo, mas no se dota a los integrantes de éstos con los instrumentos y técnicas para identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas, jamás se podrá determinar si efectivamente la calidad ha mejorado o todo ha quedado sólo en buenas intenciones.

Por último, si los directivos sólo se involucran superficialmente en las actividades para desarrollar el nuevo sistema de administración y no desempeñan su papel de líderes en este proceso, los equipos de trabajo que se lleguen a formar no sentirán un respaldo firme ni encontrarán sentido a dedicar su tiempo y esfuerzo a mejorar la calidad y buscar la satisfacción de los clientes externos e internos.

En el próximo apartado expongo con mayor detalle en qué consisten la participación a través del trabajo en equipo y el liderazgo de los directivos.

Liderazgo y trabajo en equipo

Liderazgo

A partir de Deming (1989) muchos autores han insistido en la necesidad de que los directivos de las organizaciones ejerzan un liderazgo firme para que el desarrollo de un sistema de administración basado en el control total de la calidad tenga éxito. Tanto Casares (1994) como Munné (1986), sobre todo este último, definen al liderazgo como la capacidad que posee una persona para influir en los demás miembros de un grupo más de lo que éstos influyen en ella. Como se verá después, esta posibilidad de influencia recíproca es fundamental para comprender la aplicación del concepto de liderazgo en el control total de calidad.

Desde Lewin (ver Hansen, Warner y Smith, 1981, págs. 287-289), en psicología social se han distinguido tres estilos de liderazgo que se basan sobre todo en el proceso mediante el cual se toman las decisiones en un grupo determinado (Abric, en Moscovici, 1985; Munné, 1986; White y Lippit, en Cartwright y Zander, 1971). Estos estilos son:

- 1. Autoritario.** Las decisiones son tomadas por la persona que tiene el poder o la autoridad ante el grupo sin haber consultado a sus miembros. Dichas decisiones no son justificadas ni explicitadas. Los criterios de evaluación del líder no son conocidos. El líder permanece separado de la vida del grupo e interviene sólo para orientar el trabajo o hacer demostraciones en caso de que surjan dificultades.
- 2. Democrático.** El líder toma las decisiones una vez consideradas todas las opiniones de los demás miembros. Las decisiones están articuladas en la progresión de un plan de trabajo, previamente acordado con el grupo. Los criterios y juicios del líder son explícitos y explicados. Cuando surge un problema el líder propone varias alternativas de solución entre las que

el grupo opta. Sin participar demasiado en las actividades, el líder se esfuerza por integrarse a la vida del grupo.

3. Liberal (*laissez faire* o "dejar hacer"). El líder decide sólo cuando el grupo le pide que decida, de modo que el grupo goza de completa libertad. El líder no juzga ni evalúa y su presencia es, ante todo, amistosa.

De la Cerda (1990) recuerda las dos teorías fundamentales del estilo de liderazgo en la administración propuestas por Douglas McGregor, basadas en el interés por la producción (conocida como Teoría X) o en el interés por la tarea (conocida como Teoría Y). Es de interés la revisión del trabajo de Fayerweather que presenta De la Cerda respecto al tipo de relaciones que establecen los gerentes con sus superiores, sus iguales y sus subordinados según el propio estilo de liderazgo. Mientras que el dirigente individualista (correspondiente a la Teoría X) se somete ante sus superiores, compite con sus iguales y es autoritario con sus subordinados, el dirigente participativo (correspondiente a la Teoría Y) apoya y guía a sus subordinados, coopera con sus iguales y respeta a sus superiores con quienes entabla relaciones de cooperación (ver figura 2.7).

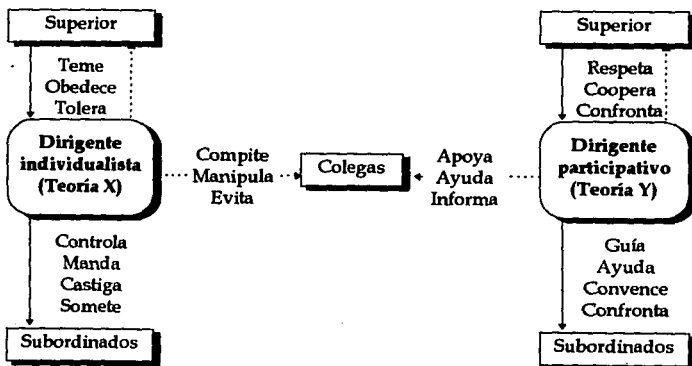


Fig. 2.7. Relaciones de los gerentes según su estilo de liderazgo (De la Cerda, 1990)..

Por las características que atribuyen a los líderes los diversos autores que han abordado el tema de liderazgo en relación con la aplicación del control total de calidad, es posible afirmar que éstos lo identifican con el estilo democrático. Veamos algunos ejemplos.

Deming (1989) afirma: "El líder, en vez de ser un juez, será un compañero, que aconseje y dirija a su gente día a día, aprendiendo de ellos y con ellos." (pág. 90).

Casares (1994) por su parte menciona:

"... La misión básica de todo líder (...) es dirigir a un grupo humano hacia las metas deseadas y propuestas... Todo dirigente debe moverse entre estas dos variables para lograr su cometido: 1) saber motivar, promover, orientar, negociar y relacionarse con las personas; y ser capaz al mismo tiempo de 2) definir, proponer, y hacer lograr las tareas y objetivos." (pág. 13)

Acle (1991) afirma lo siguiente:

"El éxito de cualquier empresa, y de hecho de toda organización — política, cultural, deportiva, etcétera —, requiere de un liderazgo efectivo a todos los niveles. Cada nivel de mando, desde el director hacia abajo, necesita conocer que no basta la autoridad jerárquica para dirigir; por el contrario, se hace preciso legitimarla a través de una sólida autoridad moral. Y ésta no se confiere con el cargo, sino que debe ganarse a diario, con detalles de conducta personal y, desde luego, mediante decisiones que resulten exitosas y reconfirman al líder frente a su grupo, haciéndolos sentir (a los demás miembros del grupo) que se avanza en el sentido correcto." (pág. 56)

Ginebra y Arana (1991) comentan:

"'Liderazgo' quiere decir que en lugar de 'empujar', 'arrastramos', que la gente nos siga. Se trata de no tener que hacer uso de la investidura que posee el propio cargo, como capacidad para premiar o castigar, o definir, o dar órdenes, o medir. El liderazgo no es un modo distinto de dirigir. Se puede ser líder y mal directivo y se puede ser un buen Director General sin liderazgo; aunque esto último es difícil cuando se trata de conseguir cambios rupturales; por eso resulta poco probable que en una empresa se genere un cambio importante a *Servicio/Calidad* si el cuerpo directivo carece de este ingrediente, de este fuego interior que hace que la gente se entregue al jefe más allá del estricto cumplimiento de un deber." (pág. 76)

Velasco (en Jiménez, 1991) no duda en advertir:

“Un liderazgo sólido y la firme convicción de alcanzar la mejora continua y la satisfacción de necesidades con empatía, con una visión sistémica, y con empeño para vencer las adversidades, puede contribuir sustancialmente a poner en práctica exitosamente teorías de cambio organizacional que nos lleven a un mejor futuro.” (pág. 13)

Sin embargo, Blanchard, Zigarmi y Zigarmi (1986), Hersey y Blanchard (1988), y Tannenbaum y Schmidt (en Astorga, 1991) reconocen que el estilo de liderazgo debe adecuarse, por un lado, a las características de los subordinados, y por otro, a la naturaleza del trabajo o del problema que aborde el grupo. Esta forma de dirigir, conocida como liderazgo situacional, requiere de flexibilidad, amplitud de criterio y gran capacidad de análisis por parte de quien se decida a aplicarla.

De la Cerda (1990) va más allá al referirse a la importancia y necesidad de adaptar el estilo administrativo, en particular de liderazgo, a las características y valores predominantes en la cultura de la región dentro de la cual se encuentre la organización. Al respecto pone como ejemplo el éxito logrado por los japoneses al adaptar las técnicas de administración norteamericanas a su propia cultura, lo cual es comentado también por Serralde (1994).

Tanto De la Cerda (1990) como Schein (1972), en especial este último, hablan de lo determinante que resulta la opinión sobre los demás para asumir determinado estilo de liderazgo. Schein identifica cuatro modelos sobre la imagen de los líderes acerca de los demás: **el hombre racional-económico** (orientado por valores utilitarios); **el hombre social** (cuya conducta está determinada por la necesidad de pertenencia a un grupo); **el hombre que se autorrealiza** (quien busca un desarrollo permanente a través de sus actividades) y, por último, **el hombre complejo** (el cual puede mostrar diferentes intereses y niveles de motivación).

Independientemente del estilo predominante de liderazgo que practique una persona, o de si ejerce o no el liderazgo situacional, French y Raven (en Cartwright y Zander, 1971) identificaron cinco clases de relación entre individuos

que determinan la fuente del poder que posee el líder. En primer término se refieren al **poder de recompensa** cuya base es la capacidad del líder para otorgar recompensas a los miembros del grupo. Enseguida hablan del **poder coercitivo**, basado en la facultad del líder para sancionar y castigar. El **poder legítimo** se fundamenta en cambio en ciertos valores interiorizados por las personas quienes, al atribuirlos al líder, deciden aceptar la influencia que éste pueda ejercer. Similar al anterior, el **poder referente** está basado en la identificación que pueda surgir entre los miembros del grupo por su líder, sólo que en este caso, más que de valores, se parte de la atracción que se siente por aquél. Finalmente, el **poder de experto** tiene su origen en el grado de conocimiento que los miembros del grupo atribuyen al líder en un área determinada.

Chapman (1993) ofrece una visión más simple sobre las fuentes de poder, las cuales resume de la siguiente manera:

1. **Poder de la personalidad.** Aquí se consideran cualidades del individuo como tener una visión clara de lo que se quiere lograr, saber comunicar los objetivos con claridad, tenacidad, disciplina, capacidad para analizar problemas, capacidad para tomar decisiones, predicar con el ejemplo, seguridad personal y saber delegar entre otras (para una lista más detallada ver Casares, 1994, pág. 161, donde se exponen 30 capacidades de liderazgo).
2. **Poder del cargo.** Está dado por el puesto ocupado en la estructura jerárquica de la organización.
3. **Poder del conocimiento.** Que consiste en la comprensión de las habilidades y técnicas necesarias para desempeñarse con eficacia en un puesto determinado.

En la figura 2.8 aparece la proporción ideal de dichas fuentes según Chapman (1933) en el poder global del líder ya sea su estilo democrático o bien aplique el liderazgo situacional.

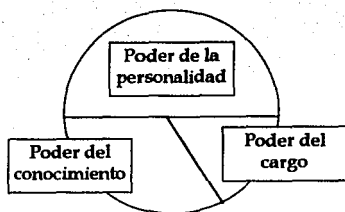


Fig. 2.8. Proporción ideal de las fuentes de poder del liderazgo según Chapman (1993, pág. 17).

Vale la pena insistir que en, en sus obras, los autores revisados coinciden en asegurar que, si los máximos directivos de una organización que pretenda aplicar el control total de calidad no están comprometidos ni involucrados, y en consecuencia no ejercen un liderazgo firme y decidido, sea democrático o situacional, todo puede quedar, en el mejor de los casos, en un buen intento, y en el peor, en una serie de problemas que puede hacer que los directivos sean cada vez más resistentes a la idea de que sus organizaciones deben cambiar para poder sobrevivir.

Respecto a las características que distinguen a los directivos mexicanos, Andrade (1994) afirma que en buena cantidad de las organizaciones nacionales muy a menudo se observa los siguiente:

“...Posiciones más ‘duras’, intransigentes e inflexibles, se establecen sistemas de control más fuertes, se coarta la iniciativa individual y grupal y se vuelve a la autocracia, se emprenden programas de reducción de costos (incluyendo recortes de personal) muchas veces irracionales y, en fin, se cae en la ‘administración por pánico’.” (pág. 4)

Hofstede, citado por Serralde (1994), asegura que la cultura mexicana determina un estilo de liderazgo autocrático y paternalista en las organizaciones

mexicanas. Kras (1990) y De la Cerda (1990) ofrecen una conclusión similar, sin embargo, este último reconoce la presencia de una nueva tendencia hacia un estilo más democrático en la toma de decisiones y más equilibrado en cuanto a su orientación hacia la productividad y el desarrollo personal.

Trabajo en equipo

Así como hay consenso entre los expertos respecto al papel del líder en la aplicación del control total de calidad, también lo hay en cuanto a la importancia de promover el crecimiento personal de los miembros de la organización a través de fomentar su participación en equipos de trabajo. De hecho, ambos aspectos son complementarios, de modo que no se podría hablar de trabajo en equipo eficaz sin liderazgo, sea de tipo democrático o de tipo situacional, y viceversa.

A continuación reproduzco las opiniones de algunos expertos sobre la necesidad de impulsar el trabajo en equipo:

“Será difícil incrementar el nivel de productividad y competencia de las empresas si no se incorpora al trabajador, en todos los niveles, a desempeñar un papel de mayor protagonismo en el quehacer de la institución para la cual labora. Dicho protagonismo deberá ser en dos sentidos: una mayor participación en el proceso de toma de decisiones, tanto en el nivel del área de trabajo (funcional), como en el nivel estratégico (institucional) por un lado, y una distribución más justa de la riqueza generada, por otro lado.” (Gavito, en Jiménez, 1991, pág. 21)

“El trabajo en equipo es muy necesario en toda la compañía. El trabajo en equipo hace que una persona compense con su fuerza la debilidad de otra, y que todo el mundo aguce su ingenio para resolver las cuestiones.” (Deming, 1989, pág. 50).

“El trabajo en equipo es un proceso colectivo. No lo puede realizar una sola persona. Cuando varios individuos se reúnen para formar un grupo, cada cual aporta sus conocimientos personales, sus habilidades, sus ideales y sus motivaciones.” (Blake, Mouton y Allen, 1989, pág. 5)

Conviene en este punto aclarar que por equipo de trabajo se entiende un grupo de personas que se reúnen periódicamente para coordinar sus acciones con el propósito de alcanzar uno o varios objetivos. Los equipos de trabajo orientados al mejoramiento de la calidad, además de organizarse para el trabajo, se dedican a vigilar el desarrollo de las actividades con base en los resultados obtenidos así como a identificar, analizar, solucionar y prevenir problemas que afecten la calidad de los productos (bienes o servicios) que entregan a sus clientes externos o internos.

Patíño (1993) propone una serie de características útiles para identificar los equipos de trabajo en mejora continua de la calidad, entendiéndolos como un conjunto de individuos que tienen:

1. Un objetivo, propósito o misión por escrito.
2. Una interacción basada en reglas previamente acordadas.
3. Responsabilidad compartida.
4. Un proceso sistemático de análisis de problemas y áreas de innovación.
5. Logros mayores a los que obtienen individualmente sus miembros debidos a la capacitación recibida con anterioridad.

El mismo autor hace una aclaración de gran importancia: en un inicio el control total de calidad era efectuado principalmente por los círculos de calidad, los cuales eran grupos de personas, por lo general del nivel operativo, que pertenecían a la misma área y participaban voluntariamente, cuyo líder estaba definido por la estructura de la organización y que se reunían fuera de sus horas de trabajo para solucionar problemas (Patíño, 1993). Sin embargo, con el tiempo surgieron propuestas, derivadas de necesidades concretas de la organización, para integrar diferentes tipos de equipos de trabajo que ya no se ajustaron a las características mencionadas. Patíño además advierte del gran error que representa pretender desarrollar los círculos de calidad tal como se concibieron al principio.

Según el autor mencionado, los tipos de equipos que se puede formar dentro de organizaciones que aplican el control total de calidad son cuatro: los grupos

naturales de trabajo, los equipos interfuncionales, los equipos cliente proveedor externo y los clubes tecnológicos.

Un **grupo natural de trabajo** es un conjunto de personas que pertenecen a una misma área o departamento (en una organización de salud, Consulta Externa, Cuidados Intensivos, Urgencias) en los que el responsable de dicha área funge como líder. Los círculos de calidad tradicionales corresponderían a esta clasificación.

Los **equipos interfuncionales o interdepartamentales** en cambio pueden estar integrados por personal de diferentes áreas (servicios, departamentos) y niveles (directivos, jefes, operativos). Dentro de este tipo de equipos, Patiño distingue al equipo directivo de calidad de los equipos que se llegan a formar a partir de que algún directivo identifica un problema que no puede ser abordado únicamente por un grupo natural de trabajo o algún proceso que deba ser modificado, pues requiere de la participación múltiple para encontrar y aplicar la solución o los cambios. A este tipo de equipos se les llama equipos de tarea o equipos de proceso. Mientras que el equipo directivo es permanente, los equipos de tarea o de proceso desaparecen cuando el problema ha sido resuelto o el proceso mejorado. En instituciones de salud, un problema que puede ser motivo de intervención de un equipo de tarea o de proceso es el retraso e incumplimiento en el abastecimiento de materiales, suministros y equipo.

El tercer tipo de equipo, **cliente proveedor externo**, se forma con representantes de las organizaciones que proveen los insumos, así como de quienes reciben los productos o servicios, con el fin de llevar a cabo auditorías a los procesos y resultados o bien para controlar el propio proceso de mejoramiento. En relación con organizaciones de atención a la salud, un equipo de este tipo podría estar constituido por los representantes de algún laboratorio y de una agrupación de la comunidad con el objeto de verificar si la prescripción de determinado medicamento es adecuada y si sus efectos terapéuticos corresponden a lo esperado.

Por último, los **clubes tecnológicos** se integran por personas que ocupan puestos equivalentes en diferentes centros de trabajo pertenecientes a la misma organización. Estas personas se reúnen con el propósito de intercambiar experiencias e información para propiciar el mejoramiento tanto personal como de la organización.

Los directores de un grupo de clínicas, o los respectivos jefes de determinado servicio pueden constituir este tipo de equipos en lo que respecta a organizaciones de salud.

Tal como lo advierten Ginebra y Arana (1991) para las organizaciones que apliquen el control total de calidad, lo más conveniente es impulsar la formación de equipos de trabajo cuando la alta dirección ya ha comprendido la gran responsabilidad que esto representa, ha diseñado un plan general para implantar el nuevo sistema y está decidida a fomentar el liderazgo democrático como estilo gerencial. Lo anterior se debe a que la implantación de un sistema de administración basado en la calidad implica una profunda transformación en la estructura de poder (de participación en la toma de decisiones) para lo que las gerencias alta y media deben estar preparadas (Ogliastri, 1988; Thompson, 1984).

El propio Ishikawa apunta al respecto:

“Una de las actividades básicas que motivan las actividades de los círculos de CC (control de calidad) es crear ‘un lugar de trabajo donde la humanidad sea respetada’.

“La gerencia y los gerentes de nivel intermedio deben tener el valor necesario para delegar tanta autoridad como sea posible, pues esa es la manera de establecer el respeto por la humanidad como filosofía gerencial. Es un sistema de administración en que participan todos los empleados, de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, y la humanidad es totalmente respetada.

“Los suecos han observado la manera como (sic) nosotros administramos y le han dado el nombre de ‘democracia industrial’. Eso lo dice todo.” (Ishikawa, 1986, pág. 106)

La relación entre el estilo de liderazgo y la efectividad del grupo también es abordada por Abric (en Moscovici, 1985, pág. 242), quien a partir de una serie de experimentos muestra cómo el tipo de liderazgo adoptado en un grupo determina las interacciones sociales y tiene efectos importantes en la productividad. Dada la importancia que tienen para el tema en cuestión, a continuación se reproducen textualmente las conclusiones de este autor en espera de que el lector disculpe la extensión de la cita.

“Es así que en los grupos con un mando autoritario predominan comportamientos de apatía o agresividad. El clima socioafectivo de estos grupos es negativo, la cohesión débil, las tensiones internas

fuerzas, que favorecen la creación de sub-grupos. Al no poder liberar la agresividad contra el responsable, ésta es desviada hacia ciertos miembros del grupo o hacia el exterior, apareciendo así chivos expiatorios. Por lo que se refiere al trabajo, podemos constatar que en presencia del jefe, el rendimiento es bueno (incluso superior al de los grupos democráticos), pero presenta una fuerte tendencia a la uniformidad, reduciéndose al máximo las diferencias interindividuales. Además, en ausencia del jefe, este rendimiento se hunde y el grupo abandona a partir de ese momento toda responsabilidad o iniciativa.

“En los grupos con un mando democrático, por el contrario, el rendimiento es elevado y permanece estable, incluso si el líder abandona el grupo. Esta situación permite, por otra parte, una expresión muy amplia de las diferencias individuales, siendo así los productos de calidad J, pero menos uniformes que en la situación autoritaria. La satisfacción de los miembros del grupo es elevada y el clima socio-afectivo positivo... La agresividad contra el jefe puede expresarse de forma directa y así no produce tensiones internas no resueltas que se inviertan fuera del grupo, como sucede en el caso anterior.

“Los grupos con un mando (liberal) son los que tienen el peor rendimiento, sin que la presencia o ausencia del jefe desempeñe un papel particular. Estos grupos pueden calificarse de «activos improductivos». El clima socio-afectivo del grupo es sumamente negativo, al igual que la cohesión y el nivel de satisfacción. Al igual que en los grupos autoritarios aparecen comportamientos agresivos contra los demás, pero también hacia el exterior y chivos expiatorios.”

Por otra parte, si se echara a andar un equipo de trabajo sin la convicción de la persona que representa la autoridad, seguramente ocurriría lo que Sirvent (1985) afirma para el caso de los programas de educación para adultos en los que la participación es sólo simbólica, es decir, el grupo no tiene el poder para tomar decisiones, y no real, esto es, cuando el grupo participa en las decisiones desde la planeación de las actividades, hasta su instrumentación y evaluación:

“En tanto se mantenga la estructura elitista del poder, las situaciones de ‘apertura a la participación son fácilmente percibidas como una concesión que el poder constituido otorga, y no como una necesidad y derecho de cualquier persona a ser participante en las decisiones que afecten su vida cotidiana. De la misma manera que el poder concede, el poder retira; se corre el peligro de que la participación sea limitada o prohibida por decisión de una minoría que continúa monopolizando el

procesamiento de las ideas centrales y el pensamiento vertebral del proyecto o de la institución." (pág. 99)

Cuando se ha decidido promover la formación de equipos de trabajo en una organización, es necesario dotar a éstos, y sobre todo a sus líderes, de una serie de instrumentos y procedimientos que les permitan funcionar con eficacia (Blake, Mouton y Allen, 1989). De no ser así, lo más probable es que las reuniones sean vistas como una pérdida de tiempo en vista de que las decisiones tomadas resultan "decepcionantes e inapropiadas" por ser "una mezcla en la que no cree ninguno de los miembros del grupo" (Doise y Moscovici, en Moscovici, 1985).

Dado que el conflicto aparece donde hay un ambiente propicio para la confrontación de distintas ideas, y en vista de que éstas son necesarias para encontrar soluciones a los problemas o sugerir mejoras a los productos (las dos funciones primordiales de los equipos orientados al mejoramiento de la calidad), en suma, para promover el cambio (ídem), el conflicto debe ser considerado de manera positiva y no como una amenaza para el grupo, y mucho menos para el líder. Por tal razón, uno de los aspectos fundamentales en que deben estar preparados los integrantes de los equipos es el manejo de los conflictos.

Según Doise y Moscovici (ídem), cualquier situación en la que se deba tomar una decisión implica un conflicto entre opiniones, juicios y soluciones diferentes. Dos condiciones reducen la posibilidad de que surja el conflicto: por un lado, la interacción social reducida y, por otro, el peso de la jerarquía en la toma de decisiones. Por lo tanto, si se considera que el liderazgo democrático propicia una interacción más intensa entre los miembros del grupo, y que el líder democrático, por decirlo de alguna manera, "renuncia" parcialmente a la autoridad que le da el cargo, quedará más claro por qué el trabajo en equipo propicia el surgimiento de conflictos (insisto, considerados de manera positiva).

Estos mismos autores ofrecen algunas conclusiones que son capitales para el manejo de los conflictos dentro de los grupos y, en particular, en los equipos de trabajo:

- 1. Las diferencias de opinión son naturales y previsibles. Es necesario tomarlas en serio y provocarlas si es preciso, haciendo que cada individuo participe en el trabajo de discusión y toma de decisiones. Los desacuerdos pueden ayudar al grupo para que tome la mejor decisión, ya que al haber mayor diversidad de juicios y opiniones, aumentan las probabilidades de encontrar argumentos nuevos y soluciones válidas en las que no se pensaba en un principio.**
- 2. Deben abolirse las técnicas que reducen el conflicto, como los promedios, los votos mayoritarios, las reglas de procedimientos, los tiempos impuestos, etcétera.**
- 3. Se debe hacer lo posible para dar a cada individuo la posibilidad de defender su punto de vista con firmeza. Hay que evitar hacer concesiones únicamente para evitar el conflicto y lograr el acuerdo y la armonía. Cuando se llegue a un acuerdo con demasiada rapidez o facilidad, hay que estar alerta. Sólo se podrá ceder ante posiciones que hayan sido objeto de una discusión y un examen críticos.**
- 4. Es necesario evitar los estereotipos, las soluciones prefabricadas y los argumentos basados en la autoridad. Es una exigencia escuchar y observar las reacciones de los otros miembros del grupo, considerándolas minuciosamente antes de formular las opiniones propias.**

Además del enfrentamiento de los conflictos, otro aspecto central para el cual deben estar preparados los integrantes de los equipos es el manejo de las reuniones. Thomset (1990), propone algunas ideas al respecto, de las cuales sobresalen: la necesidad de contar con una agenda para cada reunión, la enorme importancia de preparar los informes correspondientes y el papel determinante del moderador/secretario. Veamos en qué consiste cada una.

La agenda es el documento en el que se detallan los asuntos que serán tratados en una reunión de trabajo. Conviene que todos los invitados a dicha reunión la conozcan antes de que ésta se lleve a cabo. En ella se deberán incluir los siguientes datos:

- Nombre del equipo que se reunirá.
- Fecha en que se realizará la reunión.
- Hora de inicio y hora propuesta de finalización.
- Lugar en que se llevará a cabo.
- Nombre del moderador asignado.
- Nombre del secretario asignado.
- Lista de personas que deben asistir a la reunión.

Además se recomienda presentar la siguiente información en forma de columnas (ver figura 2.9):

PUNTOS A TRATAR	RESPONSABLE	TIEMPO

Fig. 2.9. Elementos de una agenda de reunión.

El responsable es el miembro del equipo, o un invitado especial, encargado de desarrollar determinado asunto. El tiempo indicará los minutos que se emplearán para desahogar cada uno de los puntos a tratar.

Las minutas son los informes sobre los acuerdos tomados durante una reunión. Son documentos de vital importancia para el buen desarrollo del trabajo. Los datos que deben incluir son:

- Nombre del equipo que se reunió.
- Fecha en que se realizó la reunión.
- Hora en que inició y hora en que terminó.
- Lugar en que se llevó a cabo.
- Nombre del moderador.

- Nombre del secretario.
- Lista de asistentes.
- Puntos tratados.

Los acuerdos deberán mostrarse también en tres columnas según los encabezados que se muestran en la figura 2.10:

ACUERDOS	RESPONSABLE	PLAZO

Fig. 2.10. Elementos de una minuta de reunión.

Un acuerdo es una tarea concreta que deberá estar bajo la responsabilidad de un integrante del equipo y tendrá un fecha límite para su cumplimiento.

Insisto; las minutas son documentos de vital importancia para el funcionamiento de los equipos, ya que en ellas están documentados los avances en cuanto al cumplimiento de acuerdos y las tareas pendientes.

Las minutas deben entregarse a todos los miembros del equipo lo más pronto posible con el fin de asegurar que los acuerdos se cumplan en los plazos determinados. Con el objeto de verificar lo anterior, en cada reunión el primer punto de la agenda deberá ser la lectura de la minuta de la reunión anterior.

Todas las reuniones deben estar coordinadas por un moderador, cuyas funciones más importantes son:

1. Asegurarse de que la reunión se lleve a cabo.
2. Iniciar la reunión puntualmente.
3. Dirigir la reunión.
 - a) Agotando los puntos de la agenda, uno por uno y en orden.
 - b) Evitando desviaciones de tema.

- c) Conciliando puntos de vista divergentes.
- d) Resumiendo cada punto de la agenda.
- e) Siguiendo e indicando el orden de los participantes que desean hablar.
- f) Exponiendo un resumen general.

4. Concluir la reunión.

En caso de que el equipo esté integrado por más de ocho personas, será necesario nombrar un secretario, cuyas funciones serán:

1. Tomar lista de asistencia y registrar las horas de inicio y de término de la reunión.
2. Tomar nota de los cambios que se hagan a la agenda.
3. Tomar nota de las participaciones más relevantes para cada punto de la agenda.
4. Tomar nota de los acuerdos.
5. Apoyar al moderador.
6. Con la información anterior, elaborar la minuta de la reunión.

Si el equipo es pequeño, ocho integrantes o menos, el moderador podrá absorber las funciones del secretario.

Tanto el papel de moderador como el de secretario podrán ser asignados a diferentes miembros del equipo en cada reunión, o bien podrán ser desempeñados por las mismas personas (por ejemplo, el jefe del área y la secretaria), aunque esto no es lo más conveniente para el desarrollo de los miembros del equipo.

Como en toda nueva actividad, es posible que al principio se cometan errores en la conducción de las reuniones o en la redacción de las minutas. Esto no debe desalentar a los integrantes de los equipos. Lo importante es que aprendan a realizar reuniones ordenadas y con el tiempo dichos errores irán desapareciendo.

Interés en la tarea vs. interés en las personas

Blake, Mouton y Allen (1989), y Hersey y Blanchard (1988) consideran que los equipos de trabajo pueden clasificarse según centren su interés en cumplir sus metas de producción o en satisfacer sus necesidades personales, sobre todo de carácter emocional.

Según estos autores, es posible clasificar a los equipos según su ubicación en una matriz que considere ambas escalas de interés. En la figura 2.11 se muestran las principales categorías. Por ejemplo, los equipos cercanos a las coordenadas 9,1, se caracterizan porque el interés individual y colectivo por los resultados predomina sobre el interés por la gente. Es muy probable que en ellos reine un ambiente de intensa competencia, conflicto e imposición.

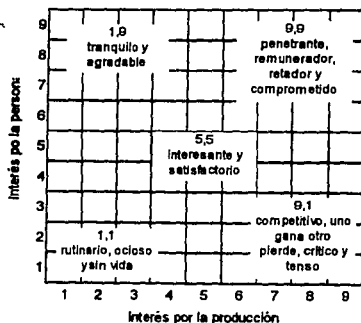


Fig. 2.11. Cuadro de trabajo en equipo según Blake y cols. (1989).

Los equipos ubicados cerca de 1,9 se desprecupan por la producción y muestran en cambio un gran interés por las personas. En lugar de equipos de trabajo podemos hablar aquí de clubes de amigos que anteponen la cordialidad al logro de resultados.

Quienes pertenecen a equipos próximos a las coordenadas 1,1 se dedican con dificultad a sobrevivir como grupo, pues el interés tanto por la producción como por la gente es mínimo. Se conforman con acatar órdenes y hacer el mínimo esfuerzo por cumplirlas. El ambiente social puede estar impregnado por el individualismo y la baja tolerancia al riesgo.

Los equipos cuyo interés en la producción y las personas hace que se localicen en el centro del plano (5,5) se caracterizan por una actitud intermedia. El ambiente es aceptable y se valen de normas y políticas para reducir el conflicto. Son más bien conformistas en cuanto a creatividad y esfuerzo.

Por último, cuando los intereses de un equipo hacen que éste se encuentre en el cuadrante superior derecho (9,9), es porque se esfuerzan en equilibrar tanto el énfasis en la producción como en las personas. El logro de los resultados está determinado por la participación y el compromiso de los participantes. En calidad total se busca que los equipos de trabajo se aproximen a esta última categoría.

Enfoque centrado en el producto vs. enfoque centrado en el cliente

Así como los equipos pueden clasificarse según la relación entre su interés en la producción y en las personas, también podrían clasificarse según estén enfocados al producto o a los clientes, sean externos o internos. El enfoque centrado en el producto se deriva del estilo de administración basado en la "división del trabajo" formulada por Adam Smith en 1776 (Hammer y Champy, 1993). Consiste en organizar la producción sobre la base de pequeñas unidades que se especializan en elaborar partes del producto final, con lo cual es posible incrementar considerablemente el número de bienes o servicios terminados en un tiempo menor y reduciendo los costos. Este enfoque tuvo su auge en los años de la posguerra cuando lo que importaba era poseer los bienes sin importar tanto su calidad.

Para decirlo en otros términos, el productor diseña, elabora y ofrece su producto sin tomar en cuenta si éste corresponde a las necesidades y expectativas de los clientes, y convencido de que es bueno y será adquirido por ellos. Al parecer este es el enfoque prevaleciente en las organizaciones de atención a la salud, dado que el personal, por lo general, considera que es el único capacitado para resolver los problemas de salud de los pacientes, quienes deben acatar sus sabias disposiciones.

En el nivel de los equipos de trabajo el enfoque centrado en el producto se traduce en entregar los resultados del trabajo a los clientes, externos o internos, sin asumir la responsabilidad de los defectos que puedan tener o de si satisfacen o no sus necesidades. La actitud característica de los integrantes de estos equipos es algo así como “yo cumplo con mi trabajo y no me importa nada más”.

Por otro lado, el enfoque centrado en el cliente parte del conocimiento de sus necesidades y expectativas para el diseño de los bienes o servicios que se le ofrecerán. Los equipos de trabajo que se apegan a este enfoque se caracterizan por investigar a sus clientes, también externos o internos, para saber si el producto que les entregan satisface sus necesidades y conocer sus opiniones y sugerencias para mejorarlo. Es obvio que en calidad total se espera que todos los equipos de trabajo tengan este tipo de enfoque.

Capítulo 3

PROCEDIMIENTO: APLICACIÓN EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD

En septiembre de 1991 me contrataron como asistente del coordinador de un proyecto cuyo propósito era aplicar el control total de calidad en una organización de salud, privada y no lucrativa, dedicada a promover la planeación familiar y la salud comunitaria en la República Mexicana. Mis antecedentes laborales en organizaciones de salud, educativas y editoriales, en las que adquirí experiencia en la coordinación de equipos de trabajo, en el diseño e impartición de programas de capacitación y en la revisión y elaboración de trabajos escritos me valieron para ser aceptado en dicha organización.

Debido a que el "proyecto de calidad" tenía cinco meses de haber iniciado al momento en que ingresé a la asociación de planificación familiar (a la que me referiré en adelante como APF o simplemente "asociación") al principio me vi en la necesidad de dedicar parte importante de mi tiempo a estudiar la naturaleza de la asociación, al mismo tiempo que actualizaba mi información sobre calidad total, mejoramiento continuo y otros temas relacionados mediante lecturas, asistencia a conferencias y la revisión de videos de capacitación. La narración de lo ocurrido en el proyecto de calidad durante esos cinco primeros meses de ejecución se deriva principalmente de las conversaciones que tuve con algunas personas que formaban parte de los pocos equipos que se habían llegado a formar así como de las también pocas minutas que se elaboraron.

La primera sección de este capítulo está destinada a explicar la naturaleza y características de la asociación. Posteriormente presento la estructura del proyecto mencionado y finalmente describo las actividades más importantes que se desarrollaron a partir de su aplicación.

En el camino iré comentando algunas situaciones que, con el tiempo, me di cuenta de que representaron importantísimos obstáculos para el desarrollo del proyecto de calidad.

LA ASOCIACIÓN

La organización en que se desarrollaron las actividades que se reportan es una asociación civil fundada en 1965 para promover, sin fines de lucro, la realización de programas de planeación familiar y salud comunitaria en la República Mexicana. Es filial de la International Planned Parenthood Federation (IPPF), una organización no gubernamental con reconocimiento a nivel mundial sólo superada en tamaño e importancia por la "Cruz Roja Internacional".

El máximo órgano de gobierno es la asamblea de asociados, integrada por personalidades destacadas de la vida política y empresarial que dedican voluntariamente parte de su tiempo, recursos y conocimientos a impulsar esta importante área de salud en el país.

Con el fin de llevar a cabo un seguimiento continuo de la marcha de la institución, así como de tomar decisiones sobre situaciones no previstas, cada dos años los miembros de la Asamblea eligen a un Consejo de Administración, el cual se reúne varias veces durante el año. La poca relación de la Asamblea de Asociados y en particular de los miembros del Consejo de Administración con las actividades de la APF ha determinado que se tomen decisiones que se oponen al desarrollo de un ambiente propicio para mejorar la calidad. Por ejemplo, en una conversación la Presidenta de dicho consejo aseguró que, a pesar de contar con recursos para mejorar las percepciones de los empleados, lo conveniente era mantener los sueldos bajos pues, de lo contrario, aquéllos se volverían más exigentes. Más adelante volveré sobre el tema de las percepciones del personal.

Además existen los Comités de Asociados, en los que participan diversos asociados según su rama de especialización y cuyo propósito es brindar apoyo técnico para el desarrollo de diversas áreas institucionales. Así, entre aquéllos destacan el Comité Técnico Consultivo, el de Desarrollo de Recursos, el de Gestión y el de Actividades Juveniles.

Finalmente, el personal ejecutivo, encabezado por el Director General, se encarga de poner en funcionamiento los diversos programas, de evaluar su desarrollo y de administrar los recursos institucionales.

La asociación cuenta con oficinas, llamadas "centros logísticos", en 28 estados de la república. Estas son en su mayor parte administradas por médicos a quienes se les asigna el cargo de coordinadores.

En el nivel de base, cada centro logístico cuenta con el apoyo de un gran número de personas que colaboran voluntariamente en diversos niveles y áreas: promotores y médicos comunitarios, capacitadores y promotores juveniles.

Entre 1991 y 1994 el organigrama de la asociación sufrió 12 modificaciones importantes: subdirecciones que se convertían en gerencias, unidades que se fusionaban, unidades que se separaban, departamentos que asumían las funciones de otros departamentos, coordinaciones que se convertían en unidades y unidades que se convertían en gerencias. Por esta razón decidí no incluir la figura del organigrama, pues no hubiera sabido si presentar el que estaba vigente cuando inicié el proyecto de calidad, cuando ingresé a la APF o cuando me separé. Como es de esperarse, esta inestabilidad afectó en gran medida la formación de los equipos de trabajo pues ocurría que, quienes habían formado parte de alguno, de pronto se encontraban en otro o tenían un nuevo jefe. Más adelante tendré la oportunidad de ejemplificar algunos casos.

En torno a los centros logísticos participan, además del coordinador, médicos a quienes la asociación ha apoyado en la instalación de sus consultorios comunitarios (médicos comunitarios); médicos a quienes apoya con material anticonceptivo y diversos impresos de promoción; profesionistas diversos, en su mayoría psicólogos y trabajadores sociales encargados de promover los servicios

de los consultorios, el uso de métodos anticonceptivos y la realización de actividades educativas en la comunidad, y personal voluntario capacitado para promover y entregar métodos anticonceptivos a los habitantes de la comunidad a la que pertenece.

Al iniciar el proyecto de calidad total la organización contaba con tres clínicas (dos en el área metropolitana de la Ciudad de México y una en Catemaco, Ver.) en las que se proporcionan servicios de consulta externa y de atención a la salud reproductiva con cierto grado de especialización. En la clínica de Catemaco además se proporcionan servicios de hospitalización a las pacientes cuyo parto había sido atendido en ese lugar o a quienes habían optado por el método definitivo de la salpingoclasia. Para 1994 se habían inaugurado clínicas en las ciudades de Guadalajara, Querétaro, Tampico y Morelia.

Los principales productos de la organización son, en lo que respecta a la atención médica, consultas generales, consultas ginecológicas, orientación individual sobre el uso de métodos anticonceptivos y visitas de brigadas de salud a comunidades rurales. En cuanto a los programas educativos, se ofrecen al público un diplomado en sexualidad humana (con reconocimiento de la Universidad Autónoma de Querétaro) y dos cursos: uno para educadores (de 30 horas de duración) y otro para jóvenes (de 10 horas). La promoción del uso de métodos anticonceptivos y su distribución en visitas domiciliarias es también un servicio importante que la asociación entrega a la comunidad. Por último, la organización vende diversos materiales educativos e informativos como películas (en video), rotafolios, libros, folletos y carteles, todos sobre temas relacionados con la salud, en particular sexual y reproductiva.

Las fuentes de financiamiento de la institución son, principalmente, los donativos de agencias internacionales, entre las que destaca el gobierno estadounidense quien, a través de la Agencia Interamericana para el Desarrollo (AID), contribuye con aproximadamente 40% del presupuesto anual, el cual equivale a dos millones de dólares. Un 59% de los fondos provienen de las aportaciones de otras agencias como las fundaciones John Hopkins, Bergstrom y

Moirah, The Population Council, Management Sciences for Health y anteriormente Pathfinder Fund, entre otras. Los ingresos captados mediante cuotas de recuperación por venta de servicios, diplomados, cursos y materiales no llegan a cubrir el 1% de los gastos de operación.

Hubo un tiempo en que pensé que depender en tal medida de las donaciones de agencias extranjeras para proyectos particulares era un enorme obstáculo para el desarrollo del proyecto de calidad, pues de pronto había que satisfacer las exigencias de algunas de dichas agencias, que impedían la formulación de planes institucionales congruentes. Por ejemplo, por un lado se exigía al personal de campo que ingresara a la asociación lo más posible a través de las cuotas de recuperación, y por otro se insistía en la necesidad de conservar una especie de "mística de la pobreza". Ahora veo que el problema era que no había claridad en el grupo directivo y esto, por supuesto, repercutió gravemente en todas las actividades.

Durante 1983 la asociación atravesó por una grave crisis que puso en evidencia años de administración deficiente, la cual se reflejaba en su baja productividad en comparación con los recursos que utilizaba. Esta situación llegó incluso a amenazar la existencia misma de la organización. Entre 1983 y 1984 ingresó un nuevo grupo ejecutivo. Este promovió importantes cambios y al parecer alcanzó logros impresionantes en un tiempo bastante corto. Por ejemplo, entre estas fechas, no obstante que se decidió reducir la nómina de 231 a 144 empleados, la productividad se incrementó en un 83%, llegándose a captar, en 1984, aproximadamente 300,000 usuarios nuevos de diversos métodos anticonceptivos. Ya para 1989, esta organización había adquirido el prestigio internacional al ser considerada como una de las más dinámicas, innovadoras y eficaces.

Junto con lo anterior, el intenso desarrollo de programas de salud comunitaria y salud sexual para jóvenes, la incorporación de actividades relacionadas con la perspectiva conocida como "análisis de género" (que se refiere al estudio de las aportaciones diferenciales que pueden hacer hombres y mujeres a la vida institucional), el apoyo a la autosuficiencia de las oficinas en el interior del

pais y, precisamente, la implantación de un sistema de administración por calidad total, determinaron que, en 1992, la organización recibiera el primer "Premio Mundial de Excelencia en el Movimiento de la Planificación Familiar" otorgado por la IPPF.

En 1991, año en que se iniciaron las actividades relacionadas con la implantación del control total de calidad, la APF captaba alrededor de 500,000 usuarios nuevos de métodos anticonceptivos anuales. Al final de este mismo año, sus directivos recibieron la siguiente noticia de su principal fuente de financiamiento: en vista de que México estaba a punto de convertirse en socio comercial de los Estados Unidos de América, lo cual implicaba que estaba dejando de pertenecer a la categoría de países "más necesitados", en 1998 se le retiraría la subvención aportada por la AID (como ya se comentó, aproximadamente dos millones de dólares anuales). Por esa razón, a partir de 1992 la organización se ha visto en la necesidad de desarrollar estrategias orientadas a sustituir dicha aportación financiera con recursos provenientes, en primer término, de la venta de sus servicios.

Lo anterior provocó que la asociación entrara en una dinámica de intensos cambios tanto en su estructura como en la naturaleza de sus actividades, que aún en 1995 siguen afectando la vida institucional.

LA COMPETENCIA

La competencia de esta asociación puede considerarse desde tres puntos de vista: por la obtención de fondos internacionales, por la captación de clientes en los consultorios comunitarios y las clínicas, y, por último, por la captación de usuarios de métodos anticonceptivos.

Como mencioné antes, la APF es filial de la International Planned Parenthood Federation (IPPF), la cual es una organización que distribuye fondos

principalmente estadounidenses aportados en su mayor parte por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID). Por ser pionera en el campo de la promoción de programas de planeación familiar en el país, no había enfrentado dificultades para obtener el apoyo financiero. Sin embargo, con el tiempo surgieron diferentes organizaciones, igualmente civiles y sin fines de lucro, que empezaban a llamar la atención de los representantes internacionales. A finales de 1991 y principios de 1992, de no ser por el entonces inminente ingreso de México al Tratado de Libre Comercio (TLC), lo cual propició la determinación de retirar paulatinamente el apoyo financiero de la AID, los directivos de la APF podrían haber empezado a preocuparse porque los fondos antes asignados exclusivamente a esta asociación, fueran distribuidos a las nuevas organizaciones.

Debido precisamente a la decisión de limitar el apoyo económico, la APF se vio forzada a probar un esquema diferente para la obtención de fondos: desarrollar las clínicas con las que contaba y crear otras más con el fin de atender a un segmento de la población caracterizado por pertenecer a la clase media y por desear obtener atención médica en clínicas privadas, sea por no ser derechohabientes de alguna institución pública, sea por no aceptar la atención que en éstas se proporciona. En vista de que estas clínicas están o estarían ubicadas en las ciudades, se previó el enfrentamiento a competidores representados por las clínicas y sanatorios particulares fundados por grupos de médicos generales y especialistas, de las cuales en la Ciudad de México existen en gran cantidad. La asociación pretendía ofrecer cada vez mejor atención a sus usuarios habituales, de modo que éstos la recomendaran las clínicas a más personas. Una dificultad importante aquí era la presión de los directivos por ver aumentos en los ingresos por venta de servicios de un mes a otro, con lo que sacrificaban una visión a un plazo pero con mayores posibilidades de éxito.

La necesidad de justificar su existencia como filial de una organización internacional de planificación familiar era la ocasión para que la APF considerara una amenaza la oferta gratuita de métodos anticonceptivos por parte de las instituciones públicas de salud (aunque oficialmente existieran programas de

colaboración interinstitucional). En particular los médicos comunitarios resentían con mayor peso lo anterior, pues eran ellos quienes atendían a la población más pobre, la cual difícilmente podía pagar las bajas tarifas que se cobraban por los servicios médicos.

En enero de 1992 el Director de la asociación anunció la nueva postura, mejorar los ingresos por venta de servicios sin perder de vista el carácter social de los programas, lo cual creó gran incertidumbre entre el personal, particularmente entre los Coordinadores de los Centros Logísticos.

EL PROYECTO

La idea de implantar el modelo de calidad total en la asociación provino del director de un importante proyecto cuyo objetivo es difundir y aplicar la metodología de la investigación de operaciones en instituciones relacionadas con la planificación familiar de América Latina. Este proyecto, conocido como INOPAL, ha sido desarrollado por la agencia The Population Council desde la década anterior, la cual había ya financiado otras investigaciones en la asociación.

En vista de que la investigación de operaciones es un método para identificar problemas en el trabajo, analizarlos y probar soluciones (Fisher, Laing y Stoeckel, 1983), y de la compatibilidad de éste con los pasos de la mejora continua de la calidad (Imai, 1989) (ver figura 3.1), el director del INOPAL propuso al Director General de la asociación de planificación familiar la elaboración de un proyecto cuyo objetivo fuera demostrar que la administración por calidad es una vía para institucionalizar el uso de la investigación de operaciones para mejorar la ejecución de los diferentes programas. Motivado por su previa participación en un seminario impartido por una importante firma internacional de consultoría en calidad, el Director General aceptó la propuesta y nombró al Coordinador del área de evaluación como responsable de la elaboración y ejecución de dicho proyecto.

Aquí aparecen dos grandes incongruencias. Primero, no fue idea original del Director aplicar calidad total en la institución. Lo anterior podría no ser considerado tan grave, ya que los directivos de muchas organizaciones se han

CICLO DE LA MEJORA		INVESTIGACIÓN DE OPERACIONES	PASOS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO
	¿QUE?	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA ANÁLISIS DEL PROBLEMA	DEFINICIÓN
PLANEAR	¿POR QUE?	IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS	MEDICIÓN
	¿COMO?	PLANEACIÓN DE LAS SOLUCIONES	CONTROL
HACER		APLICACIÓN DE LA SOLUCIÓN MAS ADECUADA	
REVISAR		CONFIRMACIÓN DEL RESULTADO	
ACTUAR		ESTANDARIZACIÓN	MEJORA

Fig. 3.1. Relación entre la mejora continua y la investigación de operaciones.

acercado a la calidad por invitación (incluso insistencia) de otras personas. Lo que resultó una verdadera distorsión del propósito fue el interés en recibir un financiamiento más que, a final de cuentas, ni siquiera había sido buscado. La segunda incongruencia consistió en que la intención original y verdadera que dio

origen al proyecto no era mejorar la calidad de los servicios que ofrece la asociación, sino demostrar que la investigación de operaciones servía para mejorar la calidad y la productividad: Esto significa que en la escala de prioridades del financiador primero estaba la investigación de operaciones y después la calidad. En síntesis, el Director no consideraba como una necesidad mejorar la calidad de los servicios proporcionados por la APF y el objetivo del proyecto tampoco perseguía, en última instancia, el mejoramiento de la calidad.

Tomando como base la relación que existe entre las etapas para la mejora continua de la calidad y los pasos de la investigación de operaciones (figura 3.1) se elaboró un proyecto cuyo objetivo era desarrollar un sistema de administración por calidad total en la APF, el cual permitiría difundir y consolidar una nueva cultura organizacional en la que el mejoramiento continuo de la calidad y de la costoeffectividad se derivaran de aplicar la metodología de la investigación operacional por el personal que ejecuta los programas.

Entre las principales actividades consideradas en el proyecto para alcanzar dicho objetivo destacan:

Desarrollo de materiales de capacitación. En este punto se consideró el apoyo financiero y técnico de la agencia Management Sciences for Health, así como la ayuda de un asesor externo para definir los temas y el contenido de los materiales.

Capacitación a todo el personal en tres niveles:

- a) Alta gerencia y mandos medios.
- b) Mandos medios y líderes de los equipos de trabajo.
- c) Miembros de equipos de trabajo.

Formación de un Comité para el Mejoramiento de la Calidad (CMC), el cual estaría integrado por los Directivos de la asociación. Sus funciones

principales serían la creación de los subsistemas necesarios (ver más adelante) y evaluar la implantación general del proceso.

Formación de un Secretariado Técnico de la Calidad (STC), en el que participaría personal de diferentes departamentos, cuyas funciones serían dar seguimiento al desarrollo y aplicación de los subsistemas y vigilar el desarrollo de las actividades del proceso.

Creación de los siguientes subsistemas:

- Equipos interfuncionales; integrados por personal de diferentes áreas y jerarquías para solucionar proyectos o resolver problemas vitales para la organización.
- Equipos de trabajo; constituidos por personal de una misma área (departamentos como Contabilidad o Capacitación y personal de los centros logísticos o las clínicas) o que realizan una actividad similar (Médicos Comunitarios, Promotores Comunitarios).
- Sugerencias; se considerarían actividades dirigidas a estimular a los clientes internos y externos para que expongan sus puntos de vista acerca de los servicios que ofrece la asociación.
- Compromiso de la alta gerencia; se refiere a los objetivos, actividades y procedimiento para evaluar la participación de los directivos en el impulso al mejoramiento continuo de la calidad.
- Capacitación; consiste en el programa, los temas, las actividades y el procedimiento para evaluar la información relacionada con el proceso de mejora continua.
- Reconocimiento; es la especificación del estímulo que se entregaría a los equipos y personas que más se hubieran destacado en cuanto al mejoramiento de la calidad.

Establecimiento, promoción y mantenimiento de los subsistemas mencionados.

El presupuesto asignado, que debía ser ejercido en dos años, sumaba aproximadamente 120,000 dólares, mas no se consideró suficiente para aplicarse a toda la institución. Por esa razón se decidió incluir únicamente 10 áreas: las oficinas centrales, ubicadas en el Distrito Federal, los centros logísticos del área metropolitana (La Villa, Cd. Nezahualcóyotl, Cuajimalpa, Tlalnepantla y Tlalpan) así como los de Catemaco, Querétaro, Guadalajara y Morelia.

Por razones que nunca llegué a comprender totalmente, el Director de la APF pospuso en varias ocasiones el inicio de las actividades relacionadas con el proyecto en la Ciudad de Guadalajara. En su lugar, decidió aplicar el proyecto en un centro logístico ubicado en Naranjos, Veracruz, pero esto no sucedió sino hacia finales de 1993.

El proyecto establecía que las actividades serían evaluadas en función de indicadores tanto de proceso como de resultado (Imai, 1989). Los primeros se refieren a logros específicos en cuanto a la naturaleza de las propias actividades. Por ejemplo, número de equipos de trabajo constituidos, número de reuniones realizadas, cantidad de sugerencias aplicadas, cursos o talleres sobre mejoramiento de la calidad impartidos, mensajes de los directivos relacionados con el tema que hayan sido incluidos en publicaciones o discursos oficiales, etc.

Los indicadores de resultado reflejan el efecto de las actividades en la productividad, en la calidad y en la satisfacción de los clientes externos e internos. Los indicadores de productividad más significativos que ya se empleaban en la asociación son, entre otros, el número de usuarios nuevos de métodos de planificación familiar captados en los programas, el número de consultas, la cantidad de cursos impartidos, el número de asistentes a ellos y los ingresos por venta de servicios y materiales. Se consideraba necesario desarrollar indicadores específicos para evaluar la calidad y la satisfacción de los clientes.

ACTIVIDADES REALIZADAS

El inicio formal de las actividades del proyecto fue en abril de 1991. La primera de ellas fue un curso de sensibilización, de 16 horas de duración, para el personal directivo y los coordinadores de los centros logísticos seleccionados. En mayo se impartió un curso de capacitación, de 40 horas, cuyo contenido era predominantemente técnico, dirigido a quienes fueron seleccionados para integrar el secretariado técnico de calidad (STC). Ambos cursos fueron impartidos por el responsable del sistema de calidad de una línea aérea mexicana.

Entre los nueve integrantes del STC se contaba a tres coordinadores de los centros logísticos que participarían en el proyecto, así como al propio coordinador del mismo, quien decidió la constitución de este grupo. Entre algunos de los integrantes había importantes diferencias personales que llegaron a impedir el funcionamiento adecuado del equipo. De hecho, la vida del STC fue muy corta, pues para mediados de 1992 había dejado de reunirse.

El coordinador del proyecto, quien siempre pretendió desempeñarse como líder del STC, no pudo manejar los conflictos interpersonales entre algunos de los integrantes. La situación era tal que, cuando alguien de un bando proponía una idea, ésta era atacada inmediatamente por el bando contrario sin que mediara un análisis de la viabilidad de la propuesta. Esto llevó al grupo a un punto en que no pudo avanzar más y, sin necesidad de declararlo formalmente, se desintegró.

Para septiembre de 1991 no existía un documento en el que se plasmara la visión institucional en relación con la calidad. Sin embargo, además del STC, se habían formado ya dos equipos de trabajo en las oficinas centrales (Contabilidad y Evaluación), un equipo interfuncional (Control presupuetal) y otros cuatro equipos de trabajo en los centros logísticos (Tlalnepantla, Cuajimalpa, Ciudad Nezahualcóyotl y Catemaco).

Los equipos se habían reunido sin contar con un objetivo claro, ni mucho menos con un programa de trabajo establecido.

En la asociación sesionaba un Comité de Evaluación, integrado por el Director, sus subordinados inmediatos y los subordinados inmediatos de éstos (alrededor de 20 personas). Se reunían mensualmente alrededor con el fin de revisar y comentar los avances y problemas en relación con el avance en cuanto a las metas programadas y el ejercicio del presupuesto. Tanto el Director como el Coordinador del proyecto de calidad consideraron que este grupo debía cubrir las funciones encomendadas al Comité para el Mejoramiento de la Calidad. Posteriormente se demostró que esta decisión fue inadecuada, pues en las sesiones del Comité de Evaluación se asignaba poco tiempo a revisar el tema de calidad (cuando se hacía) y el número de los miembros así como la cantidad de asuntos revisados impedían profundizar el análisis de los problemas.

Esta era la situación del proyecto de calidad cuando ingresé a la APF, en septiembre de 1991, para sustituir al asistente del coordinador del proyecto de calidad. Muchas de las funciones que me correspondían fueron definidas por mí mismo en el transcurso de mis primeros meses de trabajo. Entre ellas quiero destacar las siguientes:

- Elaborar manuales sobre diversos temas relacionados con el mejoramiento continuo de la calidad.
- Proporcionar asistencia técnica sobre manejo de reuniones y mejoramiento continuo de la calidad a los equipos formados.
- Organizar e impartir actividades de capacitación sobre mejoramiento continuo de la calidad dirigidas al personal de la asociación.
- Elaborar informes sobre los avances del proyecto de calidad.
- Asistir a foros nacionales e internacionales a exponer la experiencia de la APF en relación con el mejoramiento continuo de la calidad.

De las funciones anteriores, la asistencia técnica consumía la mayor parte de mi tiempo. Cuando comencé a participar en las reuniones de los equipos formados, incluido el propio STC, me percaté de que en ellas no había un procedimiento definido, los temas se improvisaban y quien los proponía era el coordinador del proyecto de calidad. Se percibía un ambiente tenso y las expresiones de muchos de los participantes indicaban fastidio y aburrimiento.

En vista de que el coordinador del proyecto de calidad, mi jefe, me había asegurado que la etapa de sensibilización y organización del equipo directivo estaba cubierta, me di a la tarea de desarrollar un manual para mejorar el funcionamiento de los equipos, tanto interfuncionales como de trabajo. En él incluí muchos de los conceptos y procedimientos revisados en el capítulo anterior, así como algunos ejercicios para sensibilizar a los integrantes acerca de las ventajas de trabajar en grupo.

A raíz de la difusión de dicho manual, se comenzaron a formar más equipos tanto en las oficinas generales como en los centros logísticos. En el cuadro 3.1 se muestra la naturaleza, el número y progresión de los equipos formados entre 1991 y 1993.

Cabe mencionar que, en vista del fracaso del Comité de Evaluación como equipo director del proceso de implantación del sistema de calidad, en mayo de 1992 se decidió constituir el Comité para el Mejoramiento de la Calidad (CMC), al que se le dio el nombre de Equipo Gerencial, con la participación del Director de la asociación y de sus subordinados inmediatos (siete gerentes). Esta decisión también contribuyó para que creciera considerablemente el número de equipos formados.

Después de desarrollar el manual que sirvió como herramienta para los equipos que se fueron formando, preparé el documento que describía la visión de calidad en la asociación. En él se justificó el esfuerzo institucional en favor del mejoramiento de la calidad, se explicaron algunos conceptos, en particular el de mejoramiento continuo, y se presentó el plan de trabajo para implantar el sistema de calidad total. Este documento de 20 páginas, impreso en forma de cuadernillo,

fue distribuido a todo el personal contratado y voluntario, además de que se envió a las asociaciones de otros países.

Entre la información más de dicho cuadernillo, se incluía la “misión” de la APF, la cual decía lo siguiente: “Proporcionar a la población más necesitada en México, especialmente los pobres y los jóvenes, servicios de planeación familiar a través de estrategias de vanguardia basadas en la comunidad, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida.”

Además se aclaraba el significado de la planeación familiar: “El concepto de planeación familiar en (la asociación) tiene como punto focal la responsabilidad reproductiva a través de la decisión libre e informada; se enmarca en el bienestar y desarrollo personal, familiar y social; se extiende a aspectos de educación y salud, en particular sexual y reproductiva, y promueve el mejoramiento de la condición de la mujer y una mayor participación del varón.”

Se comentaban también los propósitos esenciales para iniciar el proceso de mejora continua de la calidad:

- Promover la idea de que lo más importante es lograr la satisfacción de los clientes, tanto externos como internos.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Capacitar al personal en el uso de técnicas y herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad.
- Inculcar una cultura basada en la prevención.

Por último, se presentaba el objetivo del proceso: “Aumentar la calidad y cobertura de los servicios que se proporciona a la población y mejorar la relación costo-eficiencia en la operación de los programas de (la asociación) a través de la institucionalización de la administración por calidad.”

A pesar del importante avance que representó para los equipos contar con una serie de herramientas para dirigir mejor las reuniones, seguía siendo necesario orientarlos hacia el mejoramiento continuo de la calidad. Ante tal circunstancia, con el apoyo de un asesor externo, se estableció un método para analizar los

principales procesos realizados por los equipos de trabajo. Este método consiste en identificar a los clientes de dichos procesos; los resultados esperados con sus especificaciones de calidad; las actividades necesarias para obtener tales resultados, las cuales se representan mediante un "diagrama de flujo"; los insumos que se necesitan, con sus respectivas especificaciones de calidad, y los proveedores que los proporcionan. Todo ello quedó plasmado en un cuadernillo más que elaboré con el fin de que los integrantes de los equipos contaran con la información necesaria.

Entre abril de 1991 y diciembre de 1993 se publicaron comentarios sobre el proyecto de calidad en 12 boletines de las oficinas centrales, en nueve números de un órgano de comunicación interno, que yo coordinaba y en el cual aparecieron 18 notas o artículos al respecto. También se dedicó un número de un boletín técnico sobre aspectos médicos a abordar el tema de la calidad de la atención desde el marco propuesto por Bruce (1990).

En abril de 1992 coordiné la realización de la "Primera Reunión de Integración del Área Metropolitana", en la que el Director de la asociación entregó los primeros reconocimientos a los equipos que más esfuerzo habían realizado en el año transcurrido del proyecto. En septiembre del mismo año organicé la primera presentación de avances de los equipos. La segunda presentación de avances y entrega de reconocimientos, que también tuve oportunidad de coordinar, tuvo lugar en enero de 1994.

Como se observa en el cuadro 3.1, hasta noviembre de 1993 se habían constituido siete equipos interfuncionales, de los cuales cuatro eran permanentes, y 17 equipos naturales de trabajo, de los cuales 13 permanecían activos.

La causa principal por la que algunos equipos de trabajo no siguieron en actividad fue la falta de un compromiso decidido del coordinador del centro logístico. Cuando aborde el estilo de liderazgo predominante en cada uno de ellos, en el capítulo 4, tendré oportunidad de explicar más al respecto.

Cuadro 3.1. Equipos creados entre abril de 1991 y noviembre de 1993.

FECHA DE CREACIÓN	EQUIPOS INTERFUNCIONALES	CARÁCTER	¿SEGUIA ACTIVO?
abr 1991	- Control Presupuestal	Permanente	Sí
oct 1991	- Asistencia Técnica y Supervisión	Permanente	Sí
may 1992	- Equipo Gerencial	Permanente	Sí
jun 1992	- Evaluación del Desempeño	Temporal	Sí
jun 1992	- Difusión	Temporal	Sí
jun 1992	- Capacitación	Permanente	Sí
jul 1992	- Control Interno	Temporal	No
EQUIPOS NATURALES DE TRABAJO		¿SEGUIA ACTIVO?	
En las Oficinas Generales:			
abr 1991	- Gerencia de Planeación y Sistemas		Sí
abr 1991	- Contabilidad		Sí
abr 1992	- Servicios Generales y Almacén		Sí
may 1992	- Gerencia de Comunicación		Sí
En los Centros Logísticos:			
may 1991	- Clínica Ciudad Nezahualcóyotl		Sí
may 1991	- Clínica Catemaco		Sí
may 1991	- Médicos Comunitarios de Cuajimalpa		No
may 1991	- Coordinadores Comunitarios de Cuajimalpa		No
jun 1991	- Tlalnepantla		No
ene 1992	- Querétaro		No
mayo 1992	- Clínica La Villa		Sí
may 1992	- Coordinadores Comunitarios Zona Nororiente del Área Metropolitana (La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl)		Sí
jun 1992	- Coordinadores Comunitarios Tlalpan		Sí
jun 1992	- Médicos de las Clínicas de La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl		Sí
ene 1993	- Médicos Comunitarios de la Zona Nororiente del Área Metropolitana (La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl)		Sí
nov 1993	- Naranjos		Sí
nov 1993	- Morelia		Sí

En el cuadro 3.2 se presentan, por equipo, los datos que corresponden a algunos indicadores de proceso.

Para noviembre de 1993 eran 130 las personas que participaban en algún equipo de trabajo, contando entre empleados y voluntarios, y el promedio de integrantes por equipo era de 10.8. En promedio cada equipo se reunía por lo menos una vez al mes y la asistencia estaba alrededor del 85%. Los equipos analizaron 19 procesos, seis de los cuales fueron revisados por el de Catemaco. El

Cuadro 3.2. Indicadores de proceso del proyecto de calidad.

EQUIPOS DE TRABAJO*	Número de empleados	Participantes en las reuniones	Porcentaje promedio de participación	Promedio de reuniones por mes	Procesos formalizados	Total de sugerencias	Sugerencias aplicadas
1. Clínica Cd. Nezahualcóyotl	16	14	0.88	1	1	34	20
2. Contabilidad	6	6	1.00	0.7	1	15	13
3. Planeación y sistemas	6	6	1.00	0.79	3	3	3
4. Catemaco	29	20	0.69	0.78	6	17	15
5. Gerencia de comunicación	6	5	0.83	0.74	1	19	10
6. Coord. comunitaria Tlalpan	11	11	1.00	0.62	1	2	2
7. Servicios generales y Almacén	11	10	0.91	0.66	1	12	8
8. Clínica La Villa	15	12	0.80	1.04	2	16	15
9. Coord. comunitarios zona nororiente de la Cd. de México	6	6	1.00	2	1	5	2
10. Médicos comunitarios zona nororiente de la Cd. de México	26	10	0.38	1	1	13	10
11. Médicos Clínicas La Villa y Cd. Nezahualcóyotl	12	10	0.83	1	1	8	3
12. Morelia**	14	14					
13. Naranjos**	7	6					
Total	165	130			19	144	101
Promedio por equipo	12.69	10.83	0.85	0.79	1.46	11.08	7.77
Equipos interfuncionales					Proyectos analizados		
1. Equipo Gerencial		8		0.50	***		
2. Control presupuestal		4		0.50	1	2	2
3. Asistencia técnica		6		0.56	2	17	12
4. Control interno		4		0.40	1	1	1
5. Difusión		6		0.25	1	2	2
6. Evaluación del desempeño		6		1.1	5	11	7
7. Capacitación		5		0.50	1	5	****
Total					11	38	24
Promedio		5.57		0.54	1.57	6.33	4.8

*Los equipos de Tlalnepantla y Querétaro, y los dos de Cuajimalpa no aparecen en vista de que, para noviembre de 1993 se habían desintegrado.

**Los equipos de Morelia y Naranjos se crearon durante noviembre de 1993, por lo que no había más datos.

***El Equipo Gerencial desarrollaba el principal proyecto de la APF, el Proyecto de Transición, y coordinaba al resto de los equipos interfuncionales.

****La mayor parte de las sugerencias de los integrantes del equipo de Capacitación fueron formuladas entre octubre y noviembre, por lo que no se habían aplicado al momento de elaborar el cuadro.

hecho de diseñar los diagramas correspondientes en varios casos representó en sí una mejora.

La medición de los procesos siempre fue una de las actividades más difíciles de realizar. Se hicieron varios intentos pero no siempre se obtuvieron resultados claros. En el capítulo 4 se muestran algunos de ellos. Lo anterior no significa que no haya habido mejoras evidentes en ciertos aspectos estructurales. Por ejemplo, en las clínicas de La Villa, Ciudad Nezahualcóyotl y Catemaco, se hicieron cambios a partir de la aplicación de instrumentos y procedimientos sencillos para conocer los opiniones de los clientes y sus necesidades, y los integrantes del equipo de Contabilidad modificaron aspectos importantes relacionados con el proceso. Entre otras, se tomaron decisiones como las siguientes:

- **Modificación de los horarios de atención en las tres clínicas.** En Catemaco, se adecuaron los horarios a los de las líneas de autobuses de modo que los clientes que pertenecen a comunidades lejanas tuvieran la posibilidad de que, en un solo día se les realizaran exámenes, conocieran sus resultados y fueran atendidos por un médico en consulta.
- **Aumento del uso de material desechable** (entre otros, papel para cubrir las mesas de exploración, cepillos para toma de papanicolaou y, recientemente, espejos vaginales).
- **Inversión para modificar y ampliar las clínicas de Ciudad Nezahualcóyotl y Catemaco.**
- **Algunos equipos administrativos aprendieron a tomar más en cuenta el punto de vista y las necesidades de sus clientes internos.** Los integrantes del equipo de contabilidad dedicaron parte importante de su tiempo a desempeñar su función de capacitadores de los Coordinadores de los Centros Logísticos. Los miembros de este equipo se propusieron ser más claros al comunicarse con sus clientes internos para aclarar sus dudas y explicar sus responsabilidades fiscales y

contables. Además, elaboraron manuales pensando en que sean de fácil comprensión.

En el cuadro 3.2 también se puede apreciar que, de un total de 144 sugerencias se habían aplicado 101 (70%); que en promedio cada integrante había planteado por lo menos una, y que a cada equipo le correspondían alrededor de ocho.

Por su parte, los equipos interfuncionales, en cada uno de los cuales participaban alrededor de seis integrantes, desarrollaron 11 proyectos de mejoramiento y aplicaron 24 de las 38 sugerencias formuladas (63%).

Es conveniente advertir que preparé este cuadro a petición del representante de una de las agencias financiadoras del proyecto de calidad. Aunque da una idea de la intensidad de las actividades realizadas, es de poca utilidad para considerar su efectividad. Por ejemplo, si se considerara el número de propuestas aplicadas por equipo (dato que aparece en la última columna), podría pensarse que la Gerencia de Comunicación era "mejor equipo" que el de las Coordinadoras comunitarias de la zona nororiente del área metropolitana, ya que aquél aplicó 10 y éste tan sólo dos. Sin embargo, como mostraré en el capítulo 4, el primer equipo no demostró que sus sugerencias hayan representado algún mejoramiento en la calidad o la productividad, mientras que el segundo, con la aplicación sistemática y la medición de una sola, impactó de manera asombrosamente positiva ambos aspectos.

Capítulo 4 EVALUACIÓN

Participé en el proyecto de calidad de esta asociación durante aproximadamente dos años y medio. En el transcurso tuve la oportunidad de escuchar a varios conferencistas decir que el proceso de implantación de un sistema de calidad total es largo y con muchos sinsabores, sobre todo si los integrantes del cuerpo directivo no están del todo convencidos. ¡Cuánta razón tienen! Una sola decisión, una sola negativa puede echar por tierra horas y horas de sensibilización y capacitación, de labor de convencimiento para que el personal acepte reunirse a trabajar en equipo, admita que con un poco de esfuerzo puede mejorar considerablemente el resultado de su trabajo y se atreva a registrar datos que pongan en evidencia su nivel real de productividad y efectividad.

Los fundadores del movimiento de la calidad total han insistido en la importancia del papel que deben desempeñar los directivos que se deciden a ser líderes en el esfuerzo por mejorar la calidad. Si no se cuenta con esto, cualquier intento podrá verse reducido, en poco tiempo, a nada. Y creo que esto es precisamente lo que habría pasado en la APF que hemos estado examinando si no hubieran participado algunos personajes que creyeron con firmeza en la calidad, en el derecho que tienen los clientes a recibir lo mejor que pueda proporcionar una organización, un equipo de salud. Estas personas desempeñaron un verdadero liderazgo en favor de la calidad desde sus respectivos puestos: de coordinadores de centros logísticos hasta promotores comunitarios; ningún directivo.

En marzo de 1993, con apoyo técnico y financiero de las agencias Management Sciences for Health y The Population Council, se llevó a cabo una evaluación cualitativa, de los avances del proyecto mediante entrevistas grupales, individuales y observaciones en campo. En este estudio se encontró que los equipos consideran como logros relevantes haber mejorado la comunicación entre

los integrantes y haber formalizado un procedimiento para discutir los planes y revisar las tareas. También se detectó mayor interés en conocer y satisfacer las necesidades de los clientes internos y externos.

Los autores de este estudio, en su informe preliminar, escribieron lo siguiente:

Agradecemos especialmente la participación de los miembros de los equipos de trabajo en las entrevistas grupales por su honestidad, franqueza y deseos de colaboración. Es refrescante observar cómo aún ante la falta de facilidades, muchos de estos grupos continúan haciendo esfuerzos notables por prestar mejores servicios a sus clientes y poner más en alto el nombre de (la organización a la que pertenecen). Que la presente sirva como un reconocimiento a su entrega. (Vernon, Murray y Keiderling, 1993)

En este capítulo presento los resultados más relevantes en términos del mejoramiento de la calidad y la productividad en el trabajo realizado por 22 equipos, no incluyo datos de los equipos de Morelia y Naranjos debido a que iniciaron sus reuniones durante los últimos meses de 1993 y yo me separé de la asociación en febrero de 1994, de modo que no cuento con información sobre ellos.

Originalmente había considerado clasificar a los equipos a partir de tres categorías: según su orientación, hacia la persona o hacia la tarea; según su enfoque, hacia los clientes o hacia el producto, y según el estilo de liderazgo predominante (democrático, autoritario o liberal). Sin embargo, al revisar la literatura y examinar la experiencia con dichos equipos comprendí y confirmé que los equipos con un estilo autoritario están imposibilitados para asumir una orientación hacia la persona y un enfoque hacia el cliente. La explicación es relativamente sencilla: la interacción positiva, el ambiente agradable y la superación de los miembros de los grupos no se pueden lograr "por decreto", por una indicación del jefe, aunque éste tenga las mejores intenciones. Para ello se requiere propiciar la participación, el libre intercambio de las ideas y la crítica constructiva, lo cual sólo es posible si el líder es lo suficientemente abierto y flexible para asimilar las opiniones de otros y tiene además la capacidad para conservar el liderazgo. Con respecto a la imposibilidad de adquirir un enfoque

hacia el cliente, resulta contundente el hecho de que, por definición, un líder autoritario pretende que prevalezca su punto de vista por encima del de los demás integrantes del grupo que dirige. ¿Sería posible que una persona con esta característica tomara en cuenta las necesidades y expectativas de sus clientes externos o internos para tomar sus decisiones? No lo creo. En caso de que así fuera, ¿podría esta persona convencer con órdenes a sus subordinados de que sean sensibles a las opiniones de los clientes? Tampoco me parece que pueda ser así. Cabe recordar aquí que una de las cualidades del líder promotor de la calidad es que predique con el ejemplo. Por eso, cuando más adelante me refiera a los equipos dirigidos autoritariamente, daré por sentado que tienen una orientación hacia la tarea y un enfoque hacia el producto.

Por otro lado, aunque podría parecer que el estilo liberal de liderazgo está asociado con una fuerte orientación hacia la persona, por permitir a los miembros del equipo comportarse como les plazca, en realidad lo que subyace es una falta de orientación clara ya sea porque el líder carece de ella o porque no la comunica a los demás. Esto es, el líder no muestra interés ni por el desarrollo de sus compañeros ni por el logro de las metas establecidas. Nuevamente, es necesario conjuntar una visión clara de los objetivos del grupo con las capacidades e intereses de los integrantes, lo cual únicamente puede ser realizado por una persona que sepa comunicar los primeros y fomentar la expresión de las ideas y habilidades de los miembros del equipo para alcanzarlos. Esta falta de definición del líder liberal afecta también el enfoque que pudiera tener el equipo, hacia los clientes o el producto, por lo que considero prácticamente imposible que en estas condiciones se pueda inculcar el enfoque hacia el cliente.

Por último, a riesgo de parecer idealista, a estas alturas resulta obvio que atribuyo a los líderes democráticos la capacidad para equilibrar el interés hacia la tarea y hacia las personas, así como para fomentar con firmeza un enfoque hacia los clientes externos o internos entre los miembros de su equipo. Por fortuna la literatura está plagada de ejemplos de personas con estas características y mi labor

en esta asociación me dio la oportunidad de conocer algunas otras de carne y hueso.

Por todo lo anterior, decidí clasificar a los equipos únicamente con base en el estilo de liderazgo, en el entendido de que sólo el líder democrático puede cultivar una orientación auténtica hacia la persona y hacia los clientes, a la vez que se interesa en el logro de los objetivos del área.

Para determinar cuál era el estilo de liderazgo predominante en los equipos estudiados me basé en dos fuentes: un registro personal en el que plasmaba los acontecimientos o circunstancias que, a mi parecer, eran determinantes para el avance o la obstaculización del proyecto, y las transcripciones de una serie de entrevistas a integrantes de los equipos de trabajo que se llevaron a cabo como parte de la evaluación cualitativa realizada en marzo de 1993 (comentada más arriba).

En mi registro diario escribía notas como las siguientes:

Jueves 2 de abril de 1992

En la reunión del equipo de Contabilidad (la Gerente de Finanzas) informó que (el Director) le había solicitado una evaluación de cada una de las integrantes. Ella decidió que fuera una autoevaluación a partir de la cual elaboraría el informe que pide el Director. Las integrantes estuvieron de acuerdo y al parecer fue una experiencia bastante constructiva.

Viernes 3 de abril de 1992

(La Gerente de Finanzas) me dijo que (el Director) se había molestado por la forma en que había hecho la evaluación de las ejecutivas de cuenta, ya que esto podía hacer que el personal de otras áreas exigiera el mismo trato.

Viernes 25 de septiembre de 1992

(La Dra. M.) me comentó varias cosas que me preocuparon en relación con la actitud (del Coordinador del Centro Logístico de Querétaro). Una de ellas es que no informa al personal acerca de las prestaciones a las que tiene derecho y la otra es que, en consecuencia, acostumbra quedarse con los obsequios que se envían desde las oficinas generales para regalarlos a sus familiares y amistades.

Lunes 19 de octubre de 1992

(La Coordinadora de Planeación) se quejó nuevamente de la falta de seriedad y responsabilidad (del Gerente Administrativo). No asistió a la reunión de Control Presupuestal y el trabajo se retrasó otra vez.

Martes 6 de abril de 1993

Comenté con (el coordinador del Centro Logístico de Cuajimalpa) acerca de la necesidad de evaluar el papel de (su esposa) dentro del equipo, pues varios de sus integrantes me habían comentado que tenían dificultades con ella y que tenían la impresión de que era ella quien tomaba las decisiones. Me contestó que lo iba a pensar.

También hablé al respecto con (el Gerente de Planeación y Sistemas –entonces mi jefe) y por respuesta levantó los hombros.

Sábado 4 de septiembre de 1993

El Dr. (C.), líder de los médicos comunitarios de la zona nororiental, dijo al resto de los integrantes del equipo que no debían esperar que (la asociación) les proporcionara todo para trabajar. Les recomendó hacer un esfuerzo por conseguir lo necesario para ofrecer la mejor atención posible a los pacientes de modo que incrementan el número de consultas, con lo que se beneficiarán ellos mismos y apoyarán a (la asociación). Dio varias ideas que él mismo ha aplicado.

Jueves 30 de septiembre de 1993

Hoy le demostré (al Director) que resultaba más económico viajar en avión a Guadalajara y no en tren como el sugería. Al respecto me dijo que él era el Director y que había decidido limitar lo más posible los viajes en avión.

No permitió que (L. y A.) pasaran la noche del 7 en Chapala, de modo que tendré que informarles que deberán presentarse en la mañana y regresar a la Ciudad de México en la noche del mismo día.

De la guía de entrevista que se aplicó a los integrantes de los equipos para realizar la evaluación cualitativa consideré los siguientes aspectos:

- Participación en grupos: ¿Cómo ha funcionado el trabajo en los grupos? ¿Qué problemas han tenido? ¿Existen reglas claras sobre esta participación? ¿Es útil

participar en los grupos para resolver problemas? ¿Qué factores facilitan y dificultan el funcionamiento de los grupos?

- Reconocimiento y recompensas: ¿Se ha estimulado especialmente la participación en el proceso de calidad? ¿En qué formas? ¿Cuáles de estas formas han sido efectivas y cuales inefectivas? ¿Sienten que ha habido algún tipo de reconocimiento especial o premiación a la gente por su participación o por contribuciones para el desarrollo de la calidad?
- Compromiso: ¿Qué tan comprometida está (la APF) con los procesos de calidad? ¿Cómo se nota o deja de notar este compromiso? ¿Cuáles niveles son los más comprometidos y cuáles los menos comprometidos? ¿Es realmente la calidad la primera prioridad en (la asociación) o existen otras prioridades? ¿Cómo se puede observar esto? ¿Cuál es la posición y el apoyo que dan los directivos de los diferentes niveles de (la APF)?

Considerando el marco de referencia sobre liderazgo presentado en el capítulo 2 y a partir de la información recopilada en mi registro diario, así como de la revisión de las transcripciones de las entrevistas, me fue posible clasificar a los equipos de la APF según el estilo de liderazgo predominante (autoritario, liberal o democrático). En lo que resta de este capítulo presento una lista de los equipos que ubiqué en cada categoría y expongo algunas características generales que ejemplifico casuísticamente con el relato de anécdotas y situaciones vividas en diversos equipos de trabajo. Cuando es necesario describo algunas características para identificar la naturaleza del equipo respectivo. Por último, informo sobre los logros demostrados por los equipos.

EQUIPOS DIRIGIDOS POR LÍDERES AUTORITARIOS

El estilo de liderazgo autoritario predominaba en los equipos de las oficinas centrales, sobre todo porque el centralismo en la toma de decisiones, la determinación arbitraria de metas y la concentración de información eran característicos del estilo de dirección del Director General. Los equipos que ubico en esta categoría son:

- **El Equipo Gerencial**
- **Gerencia de Comunicación**
- **Asistencia Técnica y Supervisión**
- **Capacitación**
- **Control Interno**
- **Servicios Generales y Almacén**
- **Gerencia de Planeación y Sistemas**
- **Querétaro**
- **Contabilidad**

Algunas de las características que comparten los líderes de estos equipos son:

- **Dan más importancia a “quedar bien” con los de arriba y soslayan las necesidades de los clientes externos o internos.**
- **Se preocupan demasiado por el cumplimiento de las metas y llegan incluso a alterar las cifras con que se les evalúa.**
- **Pasan por alto los acuerdos de los equipos.**
- **Toman decisiones que afectan de manera considerable a los miembros tanto de su propios equipos como de otros. Lo importante es sobresalir aun a costa de los resultados finales.**
- **Descalifican a los empleados cuando cometen errores y no acostumbran alentarlos en los aciertos.**
- **Evitan asistir a las reuniones de trabajo.**
- **Exageran el control de los gastos en detrimento del trabajo.**

Veamos como se manifiestan algunas de estas características en cada uno de los equipos.

El Equipo Gerencial

Por su importancia para determinar los valores imperantes en la cultura de la organización, dedicaré un espacio amplio para describir las manifestaciones de autoritarismo del Director General de la asociación, líder "natural" del Equipo Gerencial, con el señalamiento de que muchas de estas características se reproducían en los líderes de los otros equipos ubicados en esta categoría.

El antecedente del Equipo Gerencial como supuesto grupo líder del proceso de mejoramiento de la calidad en la asociación, fue el Comité de Evaluación. Este ya existía desde antes de que se pensara siquiera en el proyecto de calidad y se creyó que podría asumir las funciones del Comité para el Mejoramiento de la Calidad. El número y jerarquía de sus integrantes, por un lado, y la diversidad y cantidad de asuntos que se trataban en sus sesiones, por otro, impidieron que en ellas se pudiera discutir con profundidad el tema del mejoramiento de la calidad, el cual ocupaba casi siempre el último punto de la agenda. Esta era la razón por la que, cuando alcanzaba el tiempo, los temas relacionados con la calidad eran abordados con premura y poca disposición por parte de los asistentes.

El tiempo corría y las actividades relacionadas con el proyecto comenzaban a atrasarse. Sobre todo, el tan mencionado "compromiso visible de la Dirección" no se había manifestado de manera decidida. Fue por eso, y gracias a la insistencia de un asesor externo, que a poco más de un año de iniciado el proyecto, en mayo de 1992, se decidió formar un equipo de trabajo del más alto nivel que proporcionara liderazgo, ejemplo y estímulo al resto del personal en lo que respecta al esfuerzo por mejorar la calidad. Así, el Equipo Gerencial quedó integrado por el Director de la APF y sus colaboradores inmediatos, en ese entonces el Subdirector Operativo, la Subdirectora Técnica, los jefes de las Unidades de Administración, Finanzas, Evaluación y Sistemas, Capacitación y la

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Coordinadora de Planeación (al poco tiempo los cargos cambiaron aunque seguían siendo las mismas personas).

Antes de 1993 las contrataciones del personal que ingresaba a las oficinas centrales ocurrían sólo después de que el candidato pasaba por una serie de entrevistas y un estudio psicológico con cierto grado de profundidad. La persona que realizaba dichos estudios (por cada uno de los cuales cobraba \$200,000 —de los viejos), era un psicóloga ajena a la APF que había sido recomendada por el jefe de la Unidad de Capacitación. Esto de pronto no le pareció conveniente al Director, quien decidió contratar los servicios de un despacho recomendado por la Presidenta del Consejo de Administración. Por cada estudio el despacho cobraba el equivalente a una quincena de sueldo según el puesto de los candidatos. Las dos personas que enviaron (lo que representó un costo aproximado de N\$ 4,000.00) no permanecieron en la asociación más de tres meses. No se volvió a solicitar el apoyo de la psicóloga independiente; en cambio, el Director decidió vigilar personalmente y decidir todas las contrataciones del área metropolitana, enviando antes una prueba de escritura de los candidatos a una grafóloga, también recomendada por la Presidenta del Consejo de Administración.

En la asociación participó también una consultora independiente contratada por la agencia que aportaba la mayor parte de los fondos. Esta consultora llegó a ser nombrada directora del proyecto de calidad y siempre se caracterizó por su franqueza y por esforzarse en presentar propuestas de soluciones a las dificultades que identificaba. Fui testigo de cómo ella exponía al Director los inconvenientes de actitudes y situaciones ejemplificadas en los párrafos anteriores. Entre otras cosas le señaló, por supuesto de manera cautelosa, su centralismo y autoritarismo, su subjetividad para tomar decisiones en momentos de enojo, la falta de claridad que transmitía a toda la organización y la necesidad de ser consistente en las medidas que aplicaba (en el sentido de no hacer distinciones ni conceder privilegios a algunos de sus colaboradores inmediatos). Esta franqueza llegó a molestar en gran

medida al Director, quien buscó el apoyo de la Presidenta del Consejo de Administración (la cual, al parecer, también ejerce un liderazgo de tipo autoritario); ésta le recomendó un despacho de consultores que fue contratado de inmediato. La consultora, antes de enterarse de dicha contratación, había optado por renunciar al proyecto por no satisfacer las necesidades de su cliente.

En vista de que se percibía un ambiente bastante tenso entre los miembros del Equipo Gerencial, se me encomendó la labor de aplicar algunas técnicas de integración centradas en el trabajo. Decidí desarrollar con ellos un ejercicio llamado "Esperanzas y temores", el cual consiste en que los integrantes exponen sus expectativas, primero positivas y posteriormente negativas, con respecto al trabajo por hacer. Más adelante se relacionan ambas y casi siempre resulta que las expectativas positivas anulan la mayor parte de los temores.

En esa ocasión surgió como una preocupación común entre los colaboradores del Director la falta de libertad para tomar decisiones. Sólo dos personas argumentaron. Entre otras cosas explicaron cómo la costumbre del Director de revocar decisiones importantes, en especial aquellas que estuvieran relacionadas con la autorización de compras o el envío de recursos a los centros logísticos, menoscababa la autoridad de los miembros del Equipo Gerencial. La jefa de la Unidad de Finanzas, por ejemplo, comentó los inconvenientes de las autorizaciones provenientes de la Dirección en cuanto a solicitudes urgentes que se derivaban más de una mala planeación de los coordinadores de los centros logísticos que de una verdadera urgencia. Ante esto el Director se comprometió "firmemente" a respetar el criterio de sus segundos niveles, a quienes consultaría cuando los coordinadores le presentaran este tipo de solicitudes.

Otro acuerdo fue que se haría el esfuerzo por hablar con franqueza, con el fin de evitar "patadas por debajo de la mesa" y "agendas ocultas".

Sin embargo, al salir de esta reunión el Director recibió la llamada de un coordinador quien le solicitó un depósito urgente por diez millones de pesos (de los de 1992) para finalizar un trámite que había iniciado meses atrás. Tras

autorizarla llamó a la jefa de la Unidad de Finanzas a quien le recomendó ser “un poco más conservadora” en los comentarios que hacía en las reuniones.

En las reuniones del Equipo Gerencial el tema de las percepciones de los empleados al principio parecía prohibido. Fue necesario aprovechar una charla del Director Corporativo de Calidad Total de una importante empresa mexicana, a la que asistieron los miembros del Equipo Gerencial y representantes de las agencias financiadoras, para ventilar el tema, lo cual por cierto no agradó en absoluto al Director. Este se comprometió a hacer un estudio de los sueldos que se manejan en el área de la salud para tener un parámetro con el cual evaluar la nómina de la APF. Tiempo después presentó los resultados asegurando incluso que los sueldos de la asociación rebasaban considerablemente los de otras instituciones y anunció que, no obstante contar con recursos para mejorarlos, no los aumentaría debido a que los empleados podrían “malacostumbrarse”. Sin embargo, vale la pena señalar que al hacer la comparación el Director anualizó los ingresos por empleado según el puesto e incluyó todas las prestaciones, además de los impuestos que paga la APF. Es decir, comparó el “costo” institucional de los empleados con los sueldos de los trabajadores de otras instituciones, más no con su costo. Desde entonces uno de los argumentos para no incrementar las percepciones de los empleados de la asociación ha sido el alto costo que representan.

Por las características de la asociación, son varios los empleados que deben viajar al interior del país por motivos de trabajo. Ante la necesidad de reducir costos de operación, el Director decidió no autorizar más algunos de los viajes que anteriormente se realizaban en avión, por ejemplo, México-Guadalajara y México-Oaxaca. En cierta ocasión le demostré que en realidad el viaje en autobús a Guadalajara (incluso en tren) resultaba más costoso para la APF pues había que considerar el tiempo del empleado, sus gastos de alimentación y el hospedaje de una noche. Al respecto me comentó: “Yo soy el Director y mi política es que no se

viaja a Guadalajara en avión. Cuando tú seas el Director podrás modificarla, pero por ahora seguiremos viajando en autobús.”

En una reunión en la que participaron los coordinadores de los centros logísticos se discutía el tema del abastecimiento de suministros. Uno de los coordinadores planteó el problema del envío de material caducado o a punto de caducar como un error en la programación del almacén central, el cual dependía en última instancia del Gerente Administrativo. Valiéndose de la información que se le había proporcionado sobre la importancia de satisfacer las necesidades de los clientes, el coordinador relató que el esposo de una señora, a quien se le había pretendido insertar un dispositivo intrauterino (DIU) caducado, preguntó si él, el coordinador, permitiría que a su esposa le colocaran un DIU en esas condiciones. En ese momento el Director interrumpió el relato diciendo “Le hubieras dicho que sí”, y enseguida expuso una serie de argumentos sobre la inofensividad de los DIUs caducados.

El Director dio instrucciones para que se diseñara un sistema para evaluar los méritos del personal que fuera la base para otorgar un premio por productividad. Desde el momento en que éste se comenzó a aplicar salieron a flote dos grandes inconvenientes. Primero, el supuesto premio fue considerado como parte del costo mensual de los empleados, aunque éstos no siempre lo recibieran. Segundo, el premio se transformó en un castigo aplicado a criterio del Director, quien autoriza la cantidad que se entrega a cada empleado y con frecuencia “amenaza” con no otorgarlo a los empleados (incluso sus colaboradores inmediatos) que no responden a sus expectativas.

Fueron varias las ocasiones en que el Director envió mensajes a los coordinadores, tanto en los medios de difusión oficiales como en cartas personales, exhortándolos para que elevaran su productividad vigilando al mismo tiempo la calidad. El problema era que, además de que no les proporcionaba más herramientas que el

dato de las metas fijadas por él, les informaba que quienes no las cumplieran serían sancionados en sus ingresos, a través de retirarles diversas compensaciones o de no otorgarles el premio de productividad mencionado en el párrafo anterior.

En la APF se cuentan muchas historias que reflejan gestos humanitarios del Director hacia empleados que se han encontrado en dificultades de diverso tipo. Desafortunadamente, estos gestos no contribuyeron a desarrollar una cultura de calidad y sí en cambio fortalecieron su imagen paternalista, lo cual contribuía a consolidar aún más su estilo autoritario de dirigir.

Asistencia Técnica y Supervisión

Asistencia Técnica y Supervisión era un equipo interfuncional conducido por el Director de la asociación. Estaba integrado por personas de diferentes jerarquías y distintas áreas y su función era asistir a los centros logísticos para evaluar el avance de los programas operativos. Más de una vez ocurrió que las visitas de supervisión se convirtieron en visitas de notificación de despidos de coordinadores que no cumplían sus metas o habían sido mal calificados por representantes de las agencias financiadoras. Lo grave de esto es que no mediaba una sesión de análisis o de evaluación y acuerdos con el coordinador afectado. simplemente se tomaba la decisión y se ejecutaba, aún ante el desacuerdo de algunos miembros del equipo.

La incongruencia es uno de los grandes enemigos de cualquier programa orientado a mejorar la calidad en las organizaciones, y al parecer, son los líderes autoritarios quienes con mayor probabilidad la presentan. Veamos el siguiente ejemplo: los criterios para evaluar a los centros logísticos durante mucho tiempo fueron implícitos, es decir, quien se desempeñara como supervisor notificaba lo que evaluaba en el momento en que realizaba la visita, no antes. Aunque la

elaboración de una guía de supervisión constituyó un importante avance al respecto, ya que fue entregada a todos los coordinadores, *segua* siendo un instrumento determinado desde el centro, en el que no se consideraba la opinión del personal operativo. Por ejemplo, en el capítulo que correspondía a la evaluación de los consultorios comunitarios, no se consideraba si en efecto había condiciones para que el local cubriera todos los requisitos establecidos por la Secretaría de Salud; simplemente recibían mala calificación si, por decir, carecían de servicios sanitarios para los pacientes. Sin embargo, cabe señalar que no se abría ningún consultorio sin la autorización del Director General de la asociación.

¿Cómo explicar lo anterior? Primero el Director se comprometió, ante las agencias financiadoras, a abrir determinada cantidad de consultorios comunitarios en diversas partes del país. Esto daría a la APF la imagen de ser una organización muy productiva. Sin embargo, cuando se requería de cierta inversión para adaptar algunos locales, el Director negaba la autorización, aunque continuaba presionando para que el consultorio se abriera. Después sancionaba a los coordinadores que hubieran abierto consultorios que no contaran con las especificaciones de la Secretaría de Salud, con mayor razón si estos consultorios habían sido visitados por representantes de las agencias financiadoras.

Gerencia de Comunicación

La responsable de este equipo estaba al frente de diversos proyectos importantes. Uno de ellos fue criticado por uno de los integrantes de su equipo, quien propuso importantes modificaciones, las cuales ponían en evidencia grandes errores o descuidos cometidos por la responsable. Esto costó al miembro del equipo que fuera excluido de planes de promoción o de oportunidades para dirigir otros proyectos durante más de dos años. La responsable prefería contratar personas inexpertas recomendadas por sus amistades sin importarles el efecto que esto pudiera tener en la operación de dichos proyectos.

Capacitación

Tanto la responsable de la Gerencia de Comunicación como el coordinador del equipo de Capacitación acostumbraban tomar decisiones más en función de obtener la aprobación de miembros de la Asamblea de Asociados y de sus intereses personales (de prestigio, sobre todo), que con la intención de contribuir a la satisfacción de las necesidades de los usuarios de los servicios proporcionados por la asociación. Por ejemplo, anteriormente comenté que uno de los principales productos educativos de la APF era un diplomado en sexualidad con reconocimiento de la Universidad de Querétaro. El responsable de dicho diplomado es el coordinador del equipo de capacitación. Al parecer le interesó más la idea de ser el primer creador de un diplomado en sexualidad humana en México que asegurarse de que este acto académico tuviera solidez y realmente fuera útil para los alumnos. Afirmo esto porque interrogué personalmente a 12 egresados de dicho diplomado acerca del nivel académico y la organización. Todos coincidieron en que en ambos aspectos dejaba mucho que desear, lo cual, insisto, parecía no preocuparle al responsable.

El coordinador de capacitación tenía importantes diferencias con la responsable del área médica de la asociación. Como ella organizaba cursos de actualización para el personal médico, con frecuencia se veía en la necesidad de reunirse con aquél para acordar fechas, relación de ponentes y detalles logísticos entre otros asuntos. En varias ocasiones estos cursos se vieron afectados por las demoras en los trámites causadas por el coordinador de capacitación, quien solía justificarse diciendo que tenía mucho trabajo y otros asuntos importantes que atender. De nuevo, parecía no preocuparle la satisfacción de los asistentes a dichos cursos ni la mala imagen que iba adquiriendo la asociación entre los médicos que participaban en ellos.

Control Interno

Este era otro equipo conducido por el Director de la asociación. Su único propósito fue dar seguimiento a las recomendaciones hechas por un grupo de auditores externos durante 1993. Al parecer se satisficieron todas. El comentario en este punto es que las características autoritarias del Director embonaron a la perfección con la naturaleza de las auditorías: identificar y perseguir lo que está mal. El Director personalmente se encargó de notificar a los responsables de las diversas áreas el resultado de las auditorías a la vez que aprovechó para advertir que, de no corregir los problemas, se aplicarían severas sanciones.

Servicios Generales y Almacén

El responsable de este equipo era el Gerente Administrativo. Más adelante lo fue también del equipo de Contabilidad. Fueron dos los obstáculos más importantes para que se pudiera avanzar hacia el mejoramiento de la calidad en el trabajo realizado por los integrantes: la falta de interés del responsable, quien no convocaba o no asistía a las reuniones (por falta de tiempo) y la falta de apoyo a los acuerdos tomados por el equipo. Por ejemplo, uno de los problemas más graves era el retraso en el surtido de las requisiciones hechas por los coordinadores de los centros logísticos al almacén. Al analizar las causas de los retrasos, durante dos reuniones en las que no estuvo el Gerente, se identificó como una de las más importantes el surtido de requisiciones urgentes que eran autorizadas por el Director General. Al igual que con las solicitudes urgentes de depósitos financieros, la urgencia se debía más a una programación deficiente que a la aparición de imprevistos.

Los integrantes del equipo acordaron comentar con el Gerente la necesidad de que éste hablara con el Director al respecto. Así lo hicieron, mas el Gerente nunca abordó el tema con el Director y en cambio exigió al equipo que diera

trámite a cada solicitud urgente que llegara con la autorización del Director General.

Parte del servicio que prestaba este equipo consistía en el préstamo de vehículos para realizar funciones de trabajo. Hubo un tiempo en que se permitía que los empleados se llevaran el vehículo a su domicilio si el trabajo que realizaban concluía tarde y no les daba tiempo de regresar a las oficinas antes de las 17:00 hrs. Después se modificó esta situación y el Gerente estableció que ningún vehículo debería permanecer fuera de las oficinas, de modo que quienes los utilizábamos nos veíamos en la necesidad de regresar a las oficinas incluso en horas muy avanzadas. El único que nunca cumplió esta disposición fue el propio gerente, quien utilizaba los vehículos para asuntos personales a veces durante varios días.

Tuve varias oportunidades para comentar con el Director la actitud del Gerente Administrativo con respecto a su disposición para trabajar en equipo. El Director a su vez habló con él sobre la necesidad de que se esforzara con su equipo para demostrar alguna mejora en el trabajo. Por respuesta, el Gerente dio la orden al equipo de que disminuyera el promedio de días de retraso en el envío de las requisiciones. Pero ni él ni el Director atacaron la causa principal, que era la autorización del envío de requisiciones urgentes.

Como señalé antes, en enero de 1994 se realizó la segunda presentación de resultados por parte de los equipos de trabajo. En ella se premió a los tres equipos que mostraron los resultados más sobresalientes. Con el fin de participar, el equipo de Servicios Generales y Almacén tabuló y graficó el número de envíos adelantados, a tiempo o retrasados que salían del almacén central. El Gerente Administrativo, responsable del equipo, pretendía demostrar que la orden que había dado había tenido cierto impacto. Los resultados fueron desilusionantes, pues encontraron que el número de envíos retrasados había aumentado

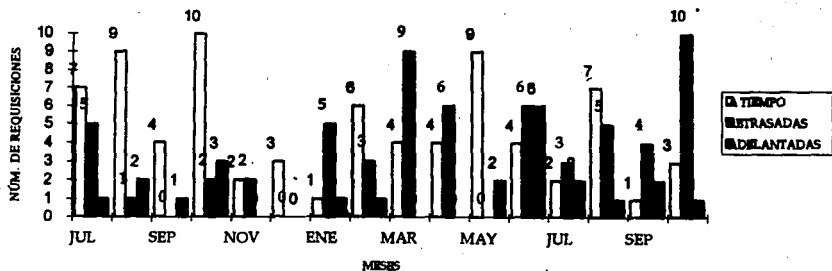


Fig. 4.1. Puntualidad y retraso en el envío de requisiciones entre julio de 1992 y octubre de 1993.

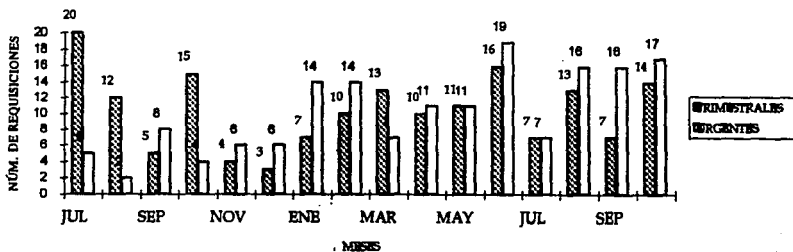


Fig. 4.2. Número de requisiciones atendidas según su tipo entre julio de 1992 y octubre de 1993.

considerablemente entre 1992 y 1993. Pero más decepcionante fue la actitud del Gerente, quien al ver los datos reprendió fuerte al responsable del almacén (ver figura 4.1).

Fue precisamente el responsable del almacén quien después me buscó para mostrarme unos datos sobre el número de requisiciones atendidas, tanto trimestrales como urgentes, que por su cuenta había recopilado, tabulado y graficado. En ellos se observa claramente que no se había hecho nada para reducir la cantidad de requisiciones urgentes, las cuales, como ya mencioné, eran la principal causa del envío atrasado de las mismas (ver figura 4.2). Por el contrario, cada vez era mayor el número de requisiciones urgentes que debían ser atendidas.

Por supuesto que este equipo ni siquiera se atrevió a mostrar sus datos en la presentación de enero de 1994.

Gerencia de Planeación y Sistemas

Entre las formas en que los líderes autoritarios ejercen su poder se encuentran la concentración de información y el control de los recursos; ambas eran evidentes en el caso del responsable del equipo de *Planeación y Sistemas* (al cual pertenecí), a quien inicialmente se le asignó la coordinación del proyecto de calidad. Pretendiendo ser congruente con la política austera de la Dirección, el responsable de este equipo decidió "ahorrar" algún dinero a la agencia financiadora al considerar que no había necesidad de que dos personas se inscribieran a un diplomado en Calidad Total impartido en un prestigiado instituto, tal como se había previsto en la propuesta original, para lo cual argumentó que bastaba con que él lo hiciera.

Las reuniones de este mismo equipo eran más bien para que el responsable comunicara sus decisiones que para tomar acuerdos. Este acostumbraba llegar con

una lista de pendientes que era tratada con cada uno de los integrantes, de modo que nunca hubo espacio para la discusión ni para el análisis de los problemas.

De los equipos con líderes autoritarios sólo el de Planeación y Sistemas pudo demostrar que hubo una mejora en el promedio de días de retraso en el envío de los informes mensuales de los centros logísticos a las oficinas centrales.

Lamentablemente, este cambio no obedeció propiamente al trabajo de los miembros del equipo, sino a la intervención de los directivos. Sin embargo, no deja de ser meritorio que para lograrlo haya sido necesario que el Director trabajara con el Gerente de ésta área para buscar las soluciones.

La historia es la siguiente:

La entrega de información sobre la operación de los programas y la situación financiera a las distintas agencias financiadoras cada vez se retrasaba más tiempo. Cuando se decidió abordar el problema, el promedio de días de retraso en el envío de los informes era de 8.6 días, con un rango de 1 a 45 días. El primer intento de solución estuvo bastante acorde con la habitual forma de proceder del Director, consistió en sancionar económicamente a los coordinadores que enviaran sus informes después de cinco días de la fecha acordada para hacerlo. Esta medida se aplicó en agosto de 1991, pero el resultado duró muy poco tiempo. Más adelante, en septiembre de 1992, se decidió entregar una cantidad de dinero adicional a los coordinadores que enviaran su informe justo en la fecha acordada. Los resultados tampoco fueron ni durables ni consistentes. Finalmente, se asumió un enfoque preventivo y el Director junto con otros directivos decidieron llamar por teléfono a los coordinadores morosos tres días antes de la fecha acordada para el envío con el fin de recordarles su responsabilidad. Los resultados en este caso fueron más claros y permitieron estabilizar el promedio de días de retraso en 5.5 con un rango de 20 días (ver figura 4.3).



Fig. 4.3. Promedio de días de retraso en el envío de informes mensuales.

Querétaro

Los integrantes del equipo de Querétaro me comentaron en diversas ocasiones que el coordinador de este centro logístico casi nunca les informaba con oportunidad de las visitas que recibirían de autoridades de las oficinas centrales, de miembros de la asamblea de asociados o de representantes de las agencias financiadoras, por lo que era frecuente que suspendieran actividades y compromisos (como cursos o programas en escuelas o industrias) con el fin de atender a los visitantes. Esto por supuesto, además de que afectaba en forma considerable la calidad del trabajo, desprestigiaba al personal que se veía forzado a incumplir sus compromisos.

Cuando un líder dispone arbitrariamente de los recursos afecta de manera considerable el ambiente social del grupo que dirige. Al respecto, entre los comentarios en torno al coordinador del equipo de Querétaro se llegó incluso a hablar de corrupción y abuso de confianza. Por ejemplo, se supo en la APF que parte importante de los fondos que se le habían confiado para la apertura de una clínica fueron utilizados para la construcción de su casa particular. Tuve la oportunidad además de confirmar cómo algunas cantidades de dinero extra que

eran enviadas para entregarse a los empleados jamás llegaron a sus manos. Esta anomalía llegó a tal extremo que los empleados no recibían siquiera los obsequios institucionales de fin de año (prendas de vestir, maletas, calculadoras, prendedores), los cuales eran regalados por el coordinador a sus amistades. Está por demás comentar la poca motivación y el desinterés de los miembros del equipo para dedicarse a realizar actividades encaminadas a mejorar la calidad del trabajo si sabían de antemano que este esfuerzo no sería reconocido.

En relación con lo anterior está el hecho de que el coordinador ocultaba información importante al personal, sobre todo aquella en la que se notificaba sobre la entrega de premios y bonificaciones. Los integrantes del equipo tampoco tenían oportunidad de conocer el informe mensual que era enviado por el coordinador a las oficinas centrales.

Extraoficialmente se decía que el Director toleraba esta situación debido a que el coordinador sostenía muy buenas relaciones con las autoridades de la Secretaría de Salud en el Estado de Querétaro.

El Director General de la asociación estaba enterado de todas estas irregularidades desde 1992, pero no fue sino hasta finales de 1993 que tomó la decisión de separarlo, más por diferencias personales que por las irregularidades mismas.

Contabilidad

La historia del equipo de Contabilidad tiene dos etapas. En la primera la jefa correspondía a un estilo democrático (los resultados obtenidos en esa temporada se presentarán en la sección correspondiente). Después nombraron como jefe del equipo al Gerente de Administración, quien también era responsable del equipo

de Servicios Generales y Almacén. A esta persona en cambio resulta fácil ubicarla.. dentro del estilo autoritario.

Fue en esta segunda etapa cuando el equipo, todavía con el impulso adquirido con la líder anterior, había decidido invertir un día en visitar los centros logísticos del área metropolitana con el fin de conocer mejor la operación de los programas de servicios e investigar de qué manera podrían ayudar más a los coordinadores de dichos centros, sus clientes internos. Cuando el Director se enteró de esto, habló con el jefe y suspendió la salida argumentando que era demasiado tiempo y que bastaba con que visitaran el centro logístico más cercano, ubicado precisamente en la misma sede de las oficinas centrales. El jefe del equipo, en vez de defender la necesidad de la visita, acató sin objeciones esta indicación y la transmitió de inmediato a los integrantes del equipo. Esto los desalentó y desde entonces no volvieron a proponer iniciativas similares.

Comentarios

La transmisión del estilo de autoritario a los equipos dirigidos por los colaboradores inmediatos del Director en las oficinas centrales resulta evidente, pues los subdirectores y gerentes también se caracterizaron por reproducir este estilo ante sus propios colaboradores.

Por otra parte, llama la atención que sólo un coordinador de los 13 equipos de trabajo de los centros logísticos haya sido identificado como autoritario. Esto puede deberse a que la presión que el Director ejerce sobre los coordinadores de los centros logísticos no es tan intensa como la que deja sentir en sus colaboradores inmediatos. No obstante, cabe mencionar que el coordinador del centro logístico de Querétaro no era el único considerado como autoritario; se había identificado a otros, pero éstos no participaron en el proyecto de calidad.

Más que de resultados podríamos hablar en este caso de saldos negativos en todos los sentidos. Por ejemplo, no creo que sea una coincidencia que, entre abril de 1991 y marzo de 1995, cuatro personas que nos llegamos a desempeñar como responsables del proyecto de calidad hayamos optado por dejar la asociación, entre otras cosas, porque consideramos inviable la aplicación de calidad total debido a las características del Director. Una persona más, que también fue responsable del proyecto, fue despedida y otra, el primer asistente, renunció cuando apenas habían transcurrido cuatro meses del inicio. Otro dato: sólo entre 1993 y 1994 nos separamos 14 personas por diferencias con el Director, todas de las oficinas centrales.

Otro saldo negativo tiene relación con la necesidad de sustituir la subvención de dos millones de dólares anuales aportada por la Agencia Interamericana para el Desarrollo (AID). Se tenía proyectado que para inicios de 1995 estuvieran en pleno funcionamiento, además de las clínicas de La Villa, Ciudad Nezahualcóyotl y Catemaco, 12 más en diversos sitios del país. De éstas sólo se han abierto las de Querétaro, Guadalajara, Tampico y Morelia. Las dos primeras con muchas limitaciones de infraestructura principalmente porque se ha optado por opciones menos costosas que terminan representando más gastos, entre otros, por remodelación de instalaciones o por reparación de equipo.

Resulta significativo que, excepto uno, todos los equipos dirigidos con un estilo autoritario hayan sido incapaces de demostrar cuantitativamente algún mejoramiento. Por otro lado, la reducción en el promedio de retraso en el envío de los informes al parecer se logró más porque el Director sentía que esto afectaba su imagen con las agencias financiadoras, que por un auténtico interés en mejorar la calidad del trabajo o del servicio proporcionado.

EQUIPOS DIRIGIDOS POR LÍDERES LIBERALES

Ubiqué en esta categoría a cinco equipos de trabajo pertenecientes a los centros logísticos y tres de las oficinas centrales. Estos equipos son:

- Tlalnepantla
- Control presupuestal
- Médicos Comunitarios de Cuajimalpa
- Coordinadores Comunitarios de Cuajimalpa
- Coordinadores Comunitarios de Tlalpan
- Difusión
- Médicos de las Clínicas La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl
- Evaluación del desempeño.

Es necesario advertir que los dos equipos de Cuajimalpa estaban dirigidos por la misma persona. Algunas características comunes de los "líderes" de estos equipos son:

- Al parecer carecían de información sobre diversos aspectos técnicos y administrativos necesarios para desarrollar sus funciones.
- No mostraban firmeza al dirigirse a sus colaboradores o a sus superiores.
- Daban más importancia a sus asuntos personales que al trabajo o a temas de interés para todo el equipo.
- Trataban de cumplir al pie de la letra las indicaciones de sus superiores sin aportar nuevas ideas.
- Realizaban reuniones de trabajo por mero trámite. La dirección en ellas se concretaba a la revisión de asuntos pendientes.
- Los miembros del equipo atribuían la autoridad (el poder) a otras personas, incluso ajenas al equipo.

Ubiqué en esta categoría al equipo de Evaluación del desempeño, no tanto porque su líder presentara las características que se acaban de comentar, sino porque en un periodo de seis meses el Director nombró a tres responsables, además de que nunca dejó de intervenir en las decisiones y propuestas generadas por sus integrantes, lo cual no permitió definir un estilo en el equipo.

Veamos cómo se manifestaban dichas características en cada uno de los equipos.

Tlalnepantla

Aunque el coordinador del centro logístico de Tlalnepantla asistió a los dos cursos impartidos al iniciar el proyecto de calidad, en abril y mayo de 1991, la actividad del equipo al respecto fue mínima y durante muy poco tiempo. Durante seis meses se realizaron únicamente dos reuniones, mismas que fueron, al igual que en otros casos, sólo para programar o revisar pendientes. Al parecer, la poca disposición del coordinador para convocar reuniones se debía a que de alguna manera estaba enterado de su imagen entre los miembros del equipo, quienes lo consideraban una persona incompetente. Además, eran conocidas las aspiraciones de una integrante del equipo a llegar a ser coordinadora del centro logístico.

El coordinador me llegó a comentar que prefería evitar las situaciones que pudieran aprovecharse por sus colaboradores para tratar de poner en evidencia sus limitaciones, las cuales no admitía.

Otro problema serio era la falta de sustento para las actividades y cifras reportadas por este coordinador. En su afán por asegurar su permanencia en la asociación comenzó a reportar cantidades que no correspondían ni a la historia del centro logístico ni a la cantidad de personal asignado a él. Esto despertó sospechas en el

Director General quien supervisó personalmente los programas a cargo del coordinador. Al darse cuenta de que gran parte de los resultados habían sido alterados decidió despedirlo y entregar la coordinación justo a la persona que había mostrado interés en llegar a ella. La nueva coordinadora tampoco estuvo dispuesta a promover las actividades relacionadas con el proyecto de calidad.

Control presupuestal

Este fue un equipo interfuncional cuyo objetivo era desarrollar un sistema que permitiera dar seguimiento continuo al ejercicio del presupuesto en cada programa de cada centro logístico. En él debieron haber participado principalmente el Gerente Administrativo, la Gerente de Finanzas y la Coordinadora de Planeación, a quien el Director General había asignado la responsabilidad del grupo. El problema fue que le dio la responsabilidad, más nunca la autoridad para convocar a los otros dos integrantes, en particular al Gerente Administrativo. Fueron muchos los intentos que hizo la supuesta líder del equipo de llevar a cabo reuniones periódicas y sistemáticas, pero por diversas razones eran canceladas o interrumpidas casi siempre porque el Gerente Administrativo, quien debía aportar gran cantidad de información, no se presentaba o pretextaba cualquier cosa para abandonar las pocas reuniones que se llegaron a hacer cuando sólo había transcurrido la mitad (o menos) del tiempo programado.

Debo aclarar que la responsable del equipo era una persona muy capaz, muy responsable y que con seguridad hubiera sacado el trabajo adelante contando con el apoyo de los demás. Lamentablemente nunca pudo ser así.

La Coordinadora de Planeación renunció a la asociación en agosto de 1993 por fuertes diferencias personales con el Director General, entre las cuales, por supuesto, ocupaba un lugar destacado la falta de apoyo para el ejercicio de sus

funciones. Poco tiempo después fue contratada por una agencia internacional que financia proyectos de salud reproductiva para ocupar un importante puesto a nivel nacional.

Médicos y coordinadores comunitarios de Cuajimalpa

Una sola persona coordinaba tanto el equipo de médicos comunitarios como el de coordinadores comunitarios en Cuajimalpa. Por lo tanto, los comentarios que siguen se refieren a ambos equipos.

El coordinador se destacó al principio por su entusiasmo e iniciativa. Presentó una serie de proyectos que implicaban la necesidad de contratar más personal. Poco a poco se los fueron autorizando, y poco a poco se distinguieron sus verdaderas intenciones. La primera persona contratada fue su esposa, la cual participaba como supervisora de los médicos comunitarios, con quienes tuvo serias dificultades por su incumplimiento. Poco tiempo después ingresó la cuñada del coordinador (hermana de su esposa) y más adelante el esposo de ésta, ambos a un proyecto especial sin relación alguna con la promoción de la salud comunitaria y la planificación familiar.

Otra rareza fue que el coordinador ubicó uno de los consultorios en un local propiedad de otro familiar de su esposa, no obstante mejores oportunidades tanto en términos de renta mensual como en cuanto a las condiciones de la construcción.

Quizá el lector se lleve a preguntar ¿cómo es que una persona que tomó tantas decisiones puede ser clasificada como un líder liberal y no, en todo caso, como líder autoritario? La respuesta tiene dos aspectos: primero, si el coordinador tiene un objetivo claro y lo persigue con decisión, pero éste no es compartido por los miembros del grupo ni es compatible con los objetivos institucionales, lo que puede llegar a ocurrir es que el líder descuide al grupo y sus miembros se

dediquen hacer lo mínimo indispensable para continuar en la organización. Cada quien “jala por su lado”, pues.

El segundo aspecto se basa en que entre los miembros de ambos equipos existía la impresión de que quien tomaba las decisiones era la esposa del coordinador. Lo cual le restó autoridad y credibilidad.

Con todo, el coordinador de Cuajimalpa reportaba mensualmente las cifras reales, sin alterarlas. Como era de esperarse, la productividad estaba muy por debajo de las metas (fijadas por el Director General).

Debido a que yo era el responsable directo de asesorar a los miembros de este equipo en cuanto a las actividades relacionadas con el proyecto de calidad, decidí comentar con el coordinador cómo la serie de situaciones expuestas podían obstaculizar el desarrollo de un verdadero equipo de trabajo orientado al mejoramiento de la calidad. El coordinador me dijo entonces que “pensaría” acerca de lo que le había yo dicho, lo cual sentí más como una reacción de respetuoso desinterés que como una verdadera preocupación de su parte.

De todo esto informé al entonces coordinador del proyecto de calidad, el Gerente de Planeación y Sistemas, quien por respuesta levantó los hombros.

En cierta ocasión la coordinación fue visitada por un estricto representante de una agencia financiadora. Por supuesto notó todas las anomalías con respecto a la baja productividad y a las instalaciones y abasto de los consultorios comunitarios. Al reportar esto al Director General, éste decidió la desaparición del centro logístico, despidió al coordinador e incorporó a los miembros de ambos equipos a los correspondientes en el centro logístico de Tlalpan.

Coordinadores comunitarios de Tlalpan

Cuando un líder es sumiso ante sus superiores, lo más probable es que, si está interesado en conservar su puesto, asuma un estilo autoritario ante sus

subordinados, tal como ocurría con casi todos los colaboradores inmediatos del Director General de la APF en las oficinas centrales. Sin embargo, el coordinador del centro logístico de Tlalpan se caracterizaba más por su poca autoridad ante sus subordinados que por imponer los puntos de vista del Director o los propios. Tal vez porque los miembros del equipo asimilaron que bastaba con entregar la información requerida por el coordinador, quizá un poco “maquillada”, con tal de no tener problemas, éste ha logrado permanecer en el puesto. Entre el personal de las propias oficinas centrales, así como entre algunos otros coordinadores de centros logísticos se dice que el coordinador de Tlalpan es “incondicional” del Director General. La noticia más reciente que tuve acerca de él es que, en una reestructuración más del organigrama, se le había asignado una “Gerencia Regional”.

Los resultados del equipo de Coordinadores comunitarios de Tlalpan nunca han sido sobresalientes. En cuanto a su productividad, se concretan a satisfacer las metas fijadas por el Director General. En cuanto a su calidad, no hay forma de demostrar alguna mejoría.

Para una mejor idea del funcionamiento de este equipo ofrezco los siguientes ejemplos:

Una de las actividades más importantes de los integrantes de este equipo es la realización de cursos sobre educación sexual. Por circunstancias que no viene al caso comentar aquí, me enteré de que una coordinadora comunitaria había intentado impartir un curso a un grupo integrado por alumnos de quinto y sexto grados en una escuela primaria. Al parecer, durante su exposición esta coordinadora perdió el control del grupo, por lo que solicitó a las autoridades de la escuela que fuera dividido. Deseo subrayar que uno de los problemas más graves para cualquier educador es precisamente la pérdida de control del grupo, ya que esto, además de que pone en evidencia su falta de pericia, representa un

enorme riesgo para el cumplimiento de los objetivos. Aparentemente el deseo de complacer a su superior, pero sobre todo de no ser identificada como un elemento poco capaz, hizo que esta coordinadora tergiversara los hechos, ya que lo que informó al coordinador del centro logístico fue que el curso había gustado tanto que las autoridades de dicha escuela le habían solicitado la impartición de otro más.

Dos de los antiguos integrantes del equipo de coordinadores comunitarios de Cuajimalpa que fueron incorporados después al de Tlalpan, se dieron a notar por su habilidad como educadores y negociadores de nuevos cursos (lo que representaba más ingresos para la asociación). Después de demostrar su capacidad solicitaron un aumento a sus ingresos al coordinador de Tlalpan. Este lo comunicó tíbilmente al Director, quien, como en tantas otras ocasiones, se negó a concederlo. Los dos exmiembros del equipo de Cuajimalpa optaron por renunciar.

Difusión

Este fue otro rotundo fracaso como equipo interfuncional. Se creó con el propósito de asegurar que los nuevos productos informativos y educativos de la asociación (libros, carteles, rotafolios, películas, folletos) fueran dados a conocer oportunamente a los coordinadores de los centros logísticos para que éstos lo utilizaran y solicitaran para ofrecerlo a posibles compradores. A diferencia del equipo de Control presupuestal, en este caso no fue necesario que el Director General interviniera para restar autoridad a la responsable, quien se desempeñaba como encargada de las relaciones públicas institucionales. Su falta de claridad en cuanto a los objetivos que se debían lograr, así como su falta de disposición para preparar las reuniones hicieron que muy pronto el supuesto equipo dejara de reunirse sin haber demostrado avance alguno.

Evaluación del Desempeño

Este equipo interfuncional se formó a partir de la inquietud del Director General de la asociación por desarrollar un sistema para recompensar la calidad y, sobre todo, la productividad de los empleados. Al principio nombró responsable del grupo a una integrante del equipo de capacitación. Estando ella al frente el equipo propuso una serie de premios a diversos equipos para que fueran entregados durante la asamblea anual de asociados. Los premios se entregaron por motivos poco convencionales: al equipo más original, al más ordenado, al más productivo o al que trabajó en las condiciones más difíciles (geográficas o políticas – la asociación con frecuencia es atacada por agrupaciones religiosas o civiles, como Provida, que están en contra de todo lo que se relacione con la sexualidad). También diseñaron un instrumento para que los gerentes y coordinadores evaluaran mensualmente a sus colaboradores en función de criterios como productividad, creatividad y disposición al trabajo en equipo. Una particularidad de dicho instrumento es que debía ser llenado durante una entrevista con la persona evaluada, de modo que ésta estuviera enterada de la opinión de su superior. Además había una sección de compromisos mutuos para el siguiente período. Era necesario que apareciera la firma de ambos para que la bonificación fuera entregada al empleado.

Después de un período de intensa actividad, el grupo comenzó a espaciar sus reuniones y a postergar la entrega de resultados. La responsable me comentó que había disminuido su interés debido a la negativa del Director a entregar información necesaria para el trabajo, como los tabuladores de ingresos y compensaciones. Argumentando que era necesario darle más dinamismo y dirección al equipo, el Director me hizo responsable del mismo. En lo único que avanzamos estando yo al frente fue en el perfeccionamiento del instrumento y en

la elaboración del manual correspondiente. Como ya estaba advertido acerca de su poca disposición para que el equipo manejara información "confidencial", diseñé un sistema para que fuera aplicado a la nómina y, mediante cálculos estadísticos simples a partir de las calificaciones aparecidas en el instrumento (como la media y la desviación estándar), se asignaba un porcentaje del sueldo mensual a los empleados. Al parecer esto también despertó la suspicacia del Director, quien inmediatamente ordenó a la encargada del área de personal que negara toda información a cualquier integrante del equipo. Al enterarme de esto solicité que se me retirara de esta comisión. El Director General me dijo que ya lo había pensado pues tenía la impresión de que yo quería información sobre los sueldos de mis compañeros para argumentar una petición de aumento que le había planteado con anterioridad.

La tercera responsable de este equipo fue la encargada de personal, pero como no podía utilizar la información en las discusiones, sugirió al Director que él participara en el grupo. Acto seguido, en marzo de 1994 el equipo desapareció y el Director asumió todas sus funciones y decisiones. Posteriormente me enteré de que ésta había sido precisamente la intención de la encargada del personal, quien me comentó que no tenía caso seguir en el teatro de un equipo interfuncional dedicado a desarrollar un sistema para evaluar el desempeño de los empleados, si el único que tomaba las decisiones era el Director. Ahora creo que ella manejo esta situación con gran habilidad.

Médicos de las Clínicas La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl

Este equipo se formó por la insistencia de los médicos de ambas clínicas en integrar un grupo en el que se abordaran asuntos técnicos y administrativos relacionados exclusivamente con la atención médica. Sus miembros formaban parte además de los equipos integrados por el personal de las respectivas clínicas.

En atención a este interés, la coordinadora de los programas de la asociación en la zona nororiente del área metropolitana (a quien ubico más adelante dentro del grupo de líderes con estilo democrático) convocó a una primera reunión para formar este equipo. En esa reunión los médicos consideraron conveniente que el grupo estuviera dirigido por un médico. Como la coordinadora no lo era, se eligió a un médico de la Clínica La Villa. Lo único que aquella exigió a cambio es que se le informara con oportunidad de los acuerdos de las reuniones, además de que ofreció su apoyo en cuanto se necesitara.

Algunos miembros de este equipo estaban interesados en abordar problemas de calidad relacionados con la dimensión técnica durante el proceso de atención. Por ejemplo, habían propuesto poner a prueba diversos instrumentos de registro para la historia clínica de distintos tipos de consulta (general, pediátrica, ginecológica) con el fin de estandarizar el uso de aquellas que permitieran un registro de datos más ágil y confiable.

Desafortunadamente, el líder elegido no mostró interés por coordinar el trabajo del equipo. No preparaba las agendas de trabajo ni mucho menos las minutas, faltaba o llegaba tarde a las reuniones y su actitud durante ellas era de aburrimiento y hastío. Su visión era muy poco favorable hacia el trabajo en equipo. Incluso me llegó a comentar que para él cada reunión de dos horas representaba dejar de percibir trescientos o cuatrocientos nuevos pesos.

Como era de esperarse, el trabajo de este equipo no prosperó. Cuando los integrantes decidieron elegir un nuevo líder se desencadenó una intensa lucha. Se establecieron alianzas y hubo distanciamientos y rupturas, todo esto en un grupo de doce personas. Con el tiempo se supo que uno de los candidatos con más posibilidades estaba más interesado por formar una sociedad que comprara las instalaciones de la clínica La Villa a la asociación que en mejorar la calidad de la atención que en ella se proporcionaba.

Tampoco este equipo pudo demostrar mejora alguna. Sin embargo, trabajando por separado, en los equipos formados por el personal de cada una de las clínicas, consiguieron los resultados que se comentarán más adelante.

Comentarios

Si en el caso de los equipos con líderes autoritarios hablamos de saldos negativos, en el caso de los equipos con líderes liberales podríamos hablar de saldos desastrosos y no sería una exageración. El despido de dos coordinadores, la desaparición de un centro logístico, la disminución de la productividad hasta límites alarmantes, los actos de corrupción, el nepotismo, la apatía del personal y el deterioro de la imagen institucional son algunos de los resultados obtenidos cuando el líder no logra amalgamar sus propios intereses con los de sus colaboradores y los objetivos de la organización.

Debo aclarar que los resultados negativos, en ambos casos, no se deben a la aplicación del proyecto de calidad, sino a las condiciones existentes y al propio estilo de liderazgo del Director General. En lo que sí contribuyó el proyecto de calidad fue en sacar a flote todas estas situaciones y características. En el próximo capítulo comentaré más al respecto.

EQUIPOS DIRIGIDOS POR LÍDERES DEMOCRÁTICOS

Los equipos dirigidos con un estilo de liderazgo democrático eran los siguientes:

- Contabilidad (en su primera etapa)
- Clínica Ciudad Nezahualcóyotl
- Clínica La Villa
- Coordinadoras comunitarias de la zona nororiental del área metropolitana
- Médicos comunitarios de la zona nororiental del área metropolitana
- Catemaco

Algunas de las características compartidas por los respectivos líderes eran:

- Propiciaban la participación en las reuniones incluso mediante preguntas directas a los asistentes.
- Mostraban un genuino interés en lograr satisfacer a los usuarios.
- Cuando un miembro del equipo exponía alguna sugerencia y esta era aceptada, se comprometían a aplicarla de inmediato.
- Acostumbraban estar siempre muy cerca del trabajo operativo.
- Reconocían sus limitaciones.
- Cuando una situación ponía en riesgo la satisfacción de los usuarios o de los miembros del equipo, tomaban decisiones siempre teniendo en mente la satisfacción de aquéllos en primer lugar.
- Cuando lo consideraban justo, defendían los intereses de sus colaboradores ante el Director General.

Revisemos cómo se manifestaban estas características en los equipos considerados y los resultados obtenidos por ellos.

Contabilidad

El equipo de contabilidad comenzó a reunirse desde abril de 1991, justo cuando inició el proyecto de calidad. Esto, lejos de representar una ventaja, se convirtió en un serio problema pues el equipo carecía de un programa y no veía con claridad el propósito de las reuniones, las cuales al principio eran convocadas por el coordinador del proyecto de calidad, quien, además, era prácticamente el único que hablaba en ellas. Esta situación prevaleció hasta octubre de 1991, cuando por casualidad el coordinador del proyecto no pudo asistir a la reunión y me encargó que la dirigiera. Aproveché esta oportunidad para pedir a las cinco integrantes

que expusieran su impresión acerca del trabajo realizado hasta entonces. Fueron ellas quienes calificaron a las reuniones como una pérdida de tiempo pues no se habían resuelto problemas relacionados con el trabajo; dijeron también que sentían que estaban siendo utilizadas como “conejillos de indias” para justificar el presupuesto de un proyecto que, al parecer “no iba a servir para nada” y me solicitaron además que, si las reuniones eran inevitables, procurara impedir que asistiera el coordinador del proyecto. Yo les dije que era una pena que eso estuviera ocurriendo y que mi compromiso era hacer que vieran la utilidad del trabajo en equipo y asistieran con gusto e interés a las reuniones, para lo que ofrecí abordar, a partir de la siguiente, problemas concretos que afectaran el trabajo. Aunque no muy convencidas, aceptaron y todas estuvieron de acuerdo en que el primer problema que se debía abordar era la comunicación deficiente entre ellas mismas.

Así, durante una serie de reuniones se analizaron problemas, sobre todo de carácter interpersonal, a través de técnicas vivenciales y de discusiones abiertas. En ellas la responsable del equipo escuchó muchas críticas sinceras y se esforzó intensamente en darles respuesta. Las otras integrantes también fueron objeto de comentarios directos en los que se señalaban los errores y las actitudes que afectaban el trabajo.

Como es comprensible, estas reuniones se llegaban a prolongar por más de 60 minutos (tiempo límite establecido por el Director de la asociación para las reuniones en las oficinas centrales), pero poco a poco comenzaron a rendir frutos. Esto no impidió que el Director interrumpiera las discusiones indicando una y otra vez que el tiempo establecido para las reuniones era de una hora, lo cual molestaba demasiado a las integrantes del grupo.

Después de seis meses se habían concretado algunas tareas para mejorar el servicio a los clientes internos, entre ellas las siguientes:

1. La elaboración de un manual ejemplificado para el llenado de los informes de gastos e ingresos que los coordinadores enviaban mensualmente a las oficinas centrales.
2. La definición de un rol de emergencia, que consistía en distribuir los centros logísticos atendidos por una ejecutiva de cuenta entre sus compañeras para cuando alguna no estuviera presente al momento de ser requerida por un coordinador.
3. En relación con lo anterior, prepararon una frase de cortesía para atender a los coordinadores cuando llamaran por teléfono y la ejecutiva de cuenta que les correspondiera no estuviera presente. Es decir, anteriormente sólo se les informaba que la ejecutiva no se encontraba, ahora decían algo así como: "Buenos días, en este momento (fulana de tal) no se encuentra, pero tal vez yo pueda ayudarlo, ¿quiere decirme en qué podría servirle?" Algo que parece tan simple, en cualquier texto que aborde el tema de atención al cliente (externo o interno) merece una atención especial y en el caso del equipo de Contabilidad tiene un mérito especial pues fueron las propias integrantes quienes llegaron a afinar esta propuesta.
4. También se acordó que cada ejecutiva dejaría una libreta a la vista en la que se anotarían los asuntos tratados con los coordinadores en su ausencia. Así, cuando regresaran podrían darles pronto seguimiento.
5. Acordaron programar una visita a los centros logísticos del área metropolitana para conocer la operación de los programas e identificar las necesidades de asesoramiento contable de los coordinadores.

Justo cuando estaban diseñando los instrumentos que utilizarían en la visita a los centros logísticos el Director decidió modificar el organigrama. A la responsable la nombró Jefa de la Unidad de Finanzas y el área de Contabilidad pasó a formar parte de la Unidad Administrativa (que después se convirtió en gerencia). Recordemos que el Gerente Administrativo fue ubicado dentro del

grupo de líderes autoritarios. Este cambio de jefe tuvo las repercusiones que ya fueron comentadas en la sección correspondiente.

La explicación que sobre este cambio se llegó a manejar entre algunos gerentes y las propias integrantes del equipo, es que el grupo de contabilidad estaba adquiriendo una presencia importante que engrandecía la figura de la responsable como líder democrática orientada a lograr la satisfacción de los clientes y comprometida con el mejoramiento continuo de la calidad, lo cual, por alguna razón, no convenía al Gerente Administrativo o, incluso, al propio Director General.

Al finalizar esta primera etapa en que el equipo de Contabilidad estuvo dirigido con un estilo democrático, los coordinadores de los centros logísticos llegaron a percibir más cortesía en la forma en que eran tratados y una atención más rápida a sus dudas y solicitudes. Lamentablemente el equipo no tuvo tiempo para demostrar alguna mejora.

Clínicas La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl

El funcionamiento de estas dos clínicas era responsabilidad de una sola persona; de ahí que las tratemos en una misma sección.

En los equipos de ambas clínicas participaba todo el personal. Las reuniones se realizaban cada dos semanas al principio y después mensualmente. El servicio era suspendido durante las reuniones. En la Clínica La Villa el personal incluso estuvo de acuerdo en entrar una hora antes el día de las reuniones con tal de no afectar el servicio.

En el capítulo anterior comenté algunos de los cambios que se llevaron a cabo en ambas clínicas. Estos se basaron en parte en la aplicación periódica de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los usuarios y en parte en las sugerencias del personal. Por ejemplo, bastó que una usuaria comentara haber

visto una pequeña mancha de sangre en la sábana que cubría la mesa de exploración para que se decidiera usar papel que debía ser cambiado en cada consulta a la vista de la paciente. También a raíz de este comentario, asumiendo un enfoque preventivo, se aumentó el uso de material desechable.

También en ambas se ampliaron los horarios de atención, se uniformó al personal administrativo, se adquirió mobiliario nuevo y se colocaron dispositivos especiales para que nunca faltara papel higiénico y jabón en los sanitarios.

En la Clínica La Villa se llegó a reubicar en el almacén a una recepcionista por su dificultad para ser amable con los usuarios.

La Clínica Ciudad Nezahualcóyotl está en un edificio de tres plantas y las modificaciones incluyeron la remodelación, de modo que los servicios más utilizados (consulta general y laboratorio) fueron instalados en la planta baja. En el primer piso se ubicaron aquellos que tenían menos afluencia por lo prolongado de la consulta o por su tipo (dental, ginecológica); en este piso se instaló además un aula que era utilizada para las reuniones del equipo o para impartir cursos a la población. Por último, en el segundo piso se instalaron principalmente oficinas y cubículos para los empleados, aunque también se adaptó un pequeño espacio como sala de consulta y consejería.

La importancia de esto radica en que dicha remodelación representó un fuerte gasto (algo así como N\$ 170,000.00) que fue autorizado sólo después de que la responsable se entrevistó varias ocasiones con el Director General para convencerlo de la necesidad de hacer más funcionales las instalaciones y más gratas para los usuarios de la clínica.

En abril de 1992, antes de que se llevaran a cabo los cambios mencionados, se contrató a una agencia de mercadotecnia para hacer un estudio de la percepción de la calidad entre los usuarios y los proveedores del servicio. Se aplicó una encuesta a 202 usuarios de ambas clínicas, así como una entrevista a 15 miembros del personal. Transcurridos 18 meses se volvió a aplicar la encuesta a 240 usuarios y la entrevista a 18 proveedores del servicio. La comparación entre los resultados de las entrevistas al personal sólo se realizó de manera cualitativa debido a que el

reducido número de casos impidió la aplicación de análisis estadísticos. En este sentido, al parecer las actividades relacionadas con el proyecto de calidad tuvieron un efecto sobre la percepción de los empleados quienes, en general, notaron importantes mejoras.

Respecto a la percepción de la calidad por parte de los usuarios, se aplicaron pruebas de significancia estadística (Chi cuadrada y T) para determinar si en efecto había algún cambio. En el cuadro 4.1 se listan los aspectos en los que hubo y no hubo diferencia significativa para ambas clínicas. En las figuras 4.4 y 4.5 se representa la proporción de los cambios en relación con la calificación proporcionada (malo, regular, bueno y excelente) en 1992 y en 1993. En ellas se puede observar cómo entre 1992 y 1993 hubo un desplazamiento de la opinión de los usuarios hacia el polo positivo de la escala. Es decir, para ciertos aspectos, en ambas clínicas menos personas tuvieron alguna opinión mala, regular o buena en 1993 con respecto al año anterior, mientras que se incrementó considerablemente el número de personas que opinaron que la calidad era excelente.

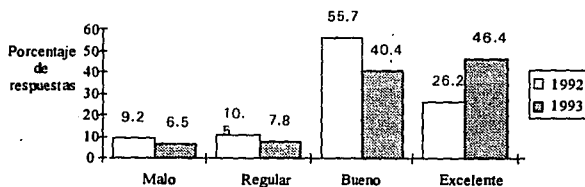


Fig. 4.4. Opinión de los usuarios acerca de la atención en la Clínica La Villa.

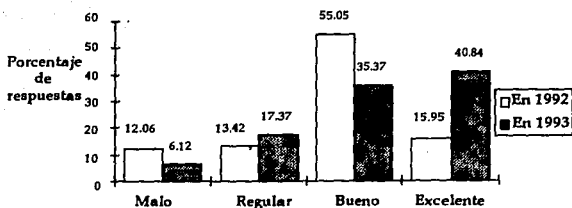


Fig. 4.5. Opinión de los usuarios acerca de la atención en la Clínica Ciudad Nezahualcóyotl.

Como se observa también en el cuadro 4.1, en ambas clínicas fue importante el número de aspectos en los que sí hubo diferencia estadísticamente significativa. El hecho de que este número haya sido mayor en Ciudad Nezahualcóyotl se explica por la remodelación de las instalaciones realizada durante 1993. Debo aclarar que en algunos de los aspectos en los que no hubo diferencia fue porque la opinión ya había sido favorable de antemano (por ejemplo, la experiencia y conocimientos del médico o la intención de utilizar de nuevo los servicios de la clínica).

Los dos equipos demostraron que el mejoramiento de la calidad percibida por los usuarios había tenido un efecto sobre la productividad y la captación de ingresos para la APF. En el cuadro 4.2 se muestran los resultados tabulados por el equipo de Ciudad Nezahualcóyotl respecto a los ingresos y la productividad en diversos servicios, y se especifica el porcentaje de diferencia entre 1992 y 1993.

La disminución en el porcentaje de consultas subsecuentes de planificación familiar quizá pueda explicarse porque los promedios de 1993 se calcularon considerando hasta octubre, de modo que aún no se habían registrado los datos de noviembre y diciembre, meses en que suele aumentar considerablemente este tipo de consulta. No obstante, el equipo acordó que este sería el próximo problema a analizar.

CUADRO 4.1. Aspectos en los que hubo y no hubo diferencia significativa.

ASPECTO	LA VILLA		CD. NEZA.	
	si hubo	no hubo	si hubo	no hubo
	dif. sig.	dif. sig.	dif. sig.	dif. sig.
Personas que conocen la promoción realizada por la APF		X	X	
Personas que conocen la clínica desde hace más de un año		X	X	
Frecuencia de uso de los servicios de la clínica		X	X	
Opinión sobre el trato del personal médico	X		X	
Opinión acerca de las recetas y recomendaciones del médico	X		X	
Opinión acerca de la experiencia y conocimientos del médico		X	X	
Opinión acerca de la apariencia física del médico		X		X
Opinión sobre la experiencia y conocimientos de las enfermeras	X		X	
Opinión sobre el trato de las recepcionistas	X		X	
Opinión sobre el nivel de confianza proyectado por el médico	X		X	
Opinión acerca del tiempo de espera	X		X	
Calificación general de los clientes a los servicios		X	X	
Calificación general de los clientes a las instalaciones		X		X
Clientes que han recibido servicios médicos en otra clínica	X		X	
Intención de volver a utilizar los servicios de la clínica		X		X
TOTAL	7	8	12	3

Cuadro 4.2. Ingresos y productividad en la Clínica Ciudad Nezahualcóyotl.

CONCEPTO	PROMEDIO MENSUAL 1992	PROMEDIO MENSUAL 1993	DIFERENCIA EN %
Ingresos	15,268.28	25,939.19	68.79
Consulta ginecológica	217.83	260.1	19.41
Consulta general	76.66	117.5	53.28
Otros servicios clínicos	522.92	681.4	30.31
Usuarios nuevos	37.75	42.6	12.85
Subsecuencia de P.F.	190	183.1	-3.64

Coordinadoras comunitarias de la zona nororiente de la área metropolitana

Cuando este equipo comenzó a reunirse participaban en él 12 personas, todas mujeres, con escolaridad muy variada (desde amas de casa que no concluyeron la primaria hasta trabajadoras sociales) y con el interés común de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de su comunidad. La líder del grupo era una joven con formación en trabajo social muy dispuesta a aprender y a dar más de su tiempo. Antes de constituirse propiamente como equipo de trabajo para el mejoramiento continuo de la calidad, las 12 personas participaron en un taller de autodesarrollo impartido por una consultora independiente que con el tiempo llegó a estar al frente del proyecto de calidad. Por cierto, este era el grupo que llevaba con más orden la documentación sobre las actividades relacionadas con el mejoramiento de la calidad.

El primer problema que abordaron fue la poca productividad obtenida mediante las visitas domiciliarias, una de las actividades de campo a las cuales se les invertía la mayor parte del tiempo. Con el diagrama causa-efecto identificaron las causas que determinaban la baja captación de usuarios nuevos de planificación familiar durante las visitas domiciliarias (ver figura 4.6).

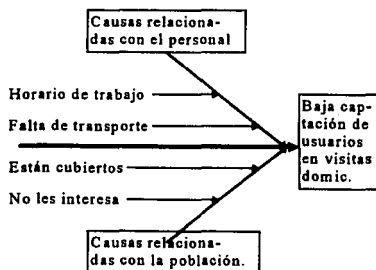


Fig. 4.6. Diagrama causa-efecto de baja productividad en visitas domiciliarias.

Consideraron como causa principal el hecho de que la mayor parte de la población visitada ya estaba cubierta con algún método. Para demostrarlo revisaron los registros correspondientes a 13,200 visitas domiciliarias en los que encontraron los datos que se muestran en el cuadro 4.3.

Los resultados fueron contundentes: la captación de usuarios de métodos de planificación familiar ocurría en aproximadamente 1% de las visitas domiciliarias. Este dato se vuelve más preocupante si se considera que en esta actividad se invertía la mayor parte del tiempo laboral de las integrantes del equipo.

Cuadro 4.3. Motivos de rechazo de método anticonceptivo en 13,019 de 13,200 visitas domiciliarias.

MOTIVO	FRECUENCIA
Salpingoclasia	2121
Vasectomía	163
Dispositivo	2161
Otros métodos naturales	704
Lactancia	228
Menopausia/andropausia	1381
Embarazo	745
Deseo de embarazo	74
No abrieron	617
No estuvo la persona indicada	387
Viudez	18
Viven solos	274
Soltería	182
Únicamente aceptaron información	1780
Visitas a establecimientos comerciales	176
Compran en farmacias	367
Usuarios de la APF	839
Cubiertos por otras instituciones	395
Otros	407
Total	13,019

Al buscar la solución a este problema, una coordinadora comunitaria propuso promover el uso de métodos de planificación familiar en los sitios de reunión habitual de las mujeres. Después de considerar diversos lugares, se

consideró que los más convenientes eran las lecherías de la Conasupo.

Inmediatamente diseñaron el siguiente procedimiento:

1. Establecer contacto con concesionarios y trabajadores sociales de las lecherías de Liconsu para exponerles los objetivos y actividades del programa de promoción comunitaria y obtener la autorización para instalar puntos de información en las lecherías.
2. Llegar a las lecherías contactadas a las 6:00 horas y colocar una manta o un cartel en donde se anuncie lo siguiente:
 - Los servicios de las clínicas y consultorios comunitarios ubicados en la zona.
 - Los métodos anticonceptivos manejados por la asociación.
 - Las direcciones y horarios de atención
3. Una vez que las personas hicieron su compra (por lo general mujeres en edad reproductiva y con más de dos hijos), se les entrega un folleto con información y orientación sobre métodos anticonceptivos.
4. A quienes muestran mayor interés se les proporciona información más detallada.
5. Si en ese momento tienen disposición se les pregunta lo necesario para determinar cuál es el método que más les conviene.
6. si eligieron anticonceptivos orales, inyectables o condones se les entrega en ese momento y se les registra como usuarios del programa.
7. Se les programa una cita en la misma lechería con el fin de asegurar el seguimiento.
8. A quienes se interesan por el dispositivo intrauterino (DIU), la salpingoclasia o la vasectomía se les invita a acudir al consultorio o clínica correspondiente, donde podrán recibir mayor orientación y ser referidos cuando sea necesario.

9. Se programan visitas a los domicilios de aquéllas personas que no recibieron el método que deseaban o que prefieran conversar en un ambiente más privado.
10. También se programan visitas domiciliarias para las personas que no acudan a su cita de seguimiento.

La actividad de promoción en las lecherías de Liconsa comenzó en enero de 1993. Los resultados fueron impactantes y se muestran en las figuras 4.7, 4.8 y 4.9. En la figura 4.7 se compara el tiempo promedio destinado por cada coordinadora comunitaria a promover el uso de métodos de planificación familiar en las visitas domiciliarias y en las lecherías. Como se observa, el tiempo para las visitas casi duplica al de las lecherías.

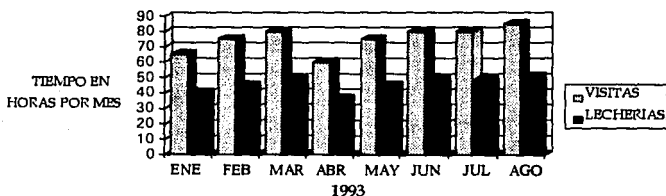


Fig. 4.7. Tiempo promedio a promover la planificación familiar.

La figura 4.8 muestra los resultados obtenidos en una y otra actividad. Por último, en la figura 4.9 se ilustra la relación que existe entre el porcentaje promedio de tiempo invertido y de usuarias captadas tanto en las visitas domiciliarias como en las lecherías.

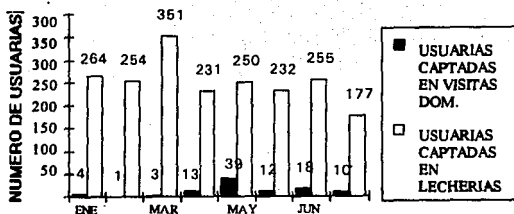


Fig. 4.8. Número de usuarias captadas.

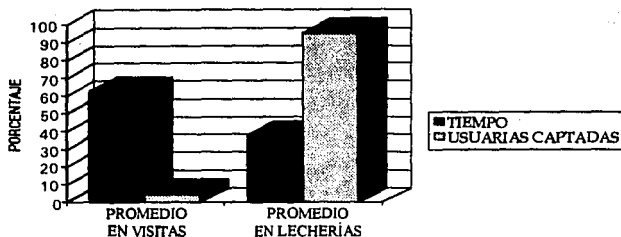


Fig. 4.9. Relación entre la proporción de tiempo y de usuarias captadas.

Al ver los datos anteriores la conclusión resulta obvia: es más conveniente en términos de calidad y productividad realizar la promoción en las lecherías de Liconsa que en las visitas domiciliarias. Además, cuando se realiza una visita a partir de la promoción en una lechería, es más probable la captación de la usuaria puesto que ya hubo un interés de por medio. Por último, el seguimiento es más eficaz en las lecherías pues las usuarias deben llegar a ese lugar en fechas determinadas; si una usuaria no regresara, sería más fácil localizarla.

Médicos comunitarios de la zona nororiental del área metropolitana

El particular desarrollo de este equipo comenzó aun antes de que se echara a andar el proyecto de calidad. Quien tomó la iniciativa de reunir a estos médicos fue el excoordinador de la clínica de Ciudad Nezahualcóyotl. Éste había sido retirado de la coordinación porque el rendimiento de sus programas era muy bajo y se sospechaba de malos manejos administrativos. Lo anterior fue denunciado por la que después fue nombrada coordinadora de las dos clínicas del área metropolitana. Lo inexplicable fue que el excoordinador fue ubicado en un puesto de responsabilidad central, algo así como asesor médico de la asociación. En fin, desempeñándose como asesor médico fue que convocó a la primera reunión de este grupo de médicos comunitarios. Su objetivo era crear una "Sociedad Médica" que contribuyera al desarrollo del personal médico de la asociación. Sin embargo, al parecer lo que en verdad perseguía era rescatar su imagen ante los médicos que antes dependían de él. Al percatarse de este interés particular muchos médicos desistieron de seguirse reuniendo pues no le veían utilidad a las juntas.

A pesar de este antecedente la nueva coordinadora de los programas en la zona decidió realizar, a principios de 1993, un nuevo intento para incorporar a los médicos a las actividades del proyecto de calidad. Durante algunos meses las reuniones fueron convocadas y dirigidas por ella. Como los asistentes no mostraban interés en participar, pronto se convirtieron en juntas de información administrativa, lo cual hacía que el interés decreciera aún más. Preocupada por esta situación, la coordinadora, que no era médica (como lo comenté antes), decidió "pasar la estafeta" a un integrante del grupo, no obstante el temor de que ocurriera lo mismo que en el equipo de médicos de las clínicas La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl (ver la parte correspondiente a los equipos con líderes liberales en este capítulo).

Afortunadamente eligieron a un médico al parecer verdaderamente interesado en el mejoramiento de los servicios. Para dar estructura a las reuniones,

entre él y yo acordamos programar la presentación de la historia de cada uno de los consultorios representados por los médicos integrantes del equipo. Esto funcionó pues los participantes conocieron cómo sus compañeros habían sorteado diversas dificultades y lograron consolidarse en la zona. Se intercambiaron propuestas como las siguientes:

- Colocación de una fotografía familiar en el escritorio del médico (sobre todo en caso de los varones) para dar confianza a las pacientes.
- Contratación colectiva de un contador para la realización de los trámites ante las Secretarías de Hacienda y Salud.
- Impresión de tarjetas de presentación con un diseño único.
- Inversión en el mejoramiento de las instalaciones del consultorio (lo cual implicaba no esperar a que la asociación lo hiciera).
- Compra colectiva de materiales y equipo no suministrados por la APF (lo cual redujo considerablemente los costos).
- Invitación de especialistas en diversos temas a las reuniones para promover la actualización de los miembros del equipo.

A principios de 1994 el líder del equipo estaba dirigiendo una investigación muy sencilla sobre la confiabilidad de diversas técnicas para tomar muestras para detección oportuna de cáncer cervicouterino (D.O.C.), que de paso iba servir para decidir a cuáles laboratorios se les enviarían las muestras en el futuro. No alcancé a enterarme de los resultados de este estudio, pero estoy seguro de que los miembros de este grupo supieron darles el mejor uso.

Decidí dejar la exposición de este equipo al final porque, desde mi punto de vista, es un excelente ejemplo de cómo ejercer el liderazgo democrático en un equipo de trabajo orientado al mejoramiento continuo de la calidad. El líder de este grupo comenzó a aplicar los conceptos y técnicas impartidos en un curso introductorio desde mayo de 1991 a los programas que coordinaba, incluida la clínica ubicada en la ciudad que da nombre al equipo.

Una de las primeras acciones que decidió impulsar fue el esclarecimiento de las funciones de cada uno de los integrantes del personal que colaboraba en los programas del centro logístico, desde las propias como coordinador, hasta las de la persona encargada de la limpieza en la clínica. En varias reuniones pidió a cada quien que identificara de qué manera podría saberse cuándo su trabajo estaba bien hecho o cuándo había cometido un error. Cuando la persona interrogada terminaba, preguntaba a los demás si había alguna duda o comentario que agregar, de modo que al final se elaboró un documento en el que se precisaban las funciones de todos, una serie de indicadores de la calidad del trabajo y una lista de posibles errores que deberían ser evitados.

Por ejemplo, una de las funciones del asistente administrativo era el pago de servicios públicos como luz, teléfono, renta, etc.; el indicador de que esta función se desarrolle adecuadamente es que se realice antes del plazo de vencimiento, y uno de los posibles errores es el retraso en los pagos. Para los médicos se determinó como una de sus funciones la prescripción de tratamientos adecuados al padecimiento de los pacientes; el indicador de calidad correspondiente fue la eficacia del tratamiento indicado (la cual se evaluaba mediante una encuesta domiciliaria) y entre los errores a evitar identificados destacaban la prescripción de medicamentos innecesarios o de opciones más costosas para el paciente (evaluado mediante la inspección periódica de expedientes clínicos). Con esta información los médicos tenían un conocimiento

más preciso de lo que se esperaba de ellos, así como de los aspectos de su trabajo en los que debían poner especial atención para evitar errores.

Los programas comunitarios son considerados prioritarios por los miembros del equipo de Catemaco. Estos programas, se aplican en localidades rurales alejadas de la ciudad, las cuales son visitadas por brigadas de salud. Dichas brigadas están integradas por un médico general, un odontólogo, una técnica de salud y la asistente de salud comunitaria.

Con mucha frecuencia ocurría que las visitas no producían los resultados esperados, en términos del número de personas atendidas o de captación de usuarias de planeación familiar. Es decir, el desplazamiento de la brigada no se justificaba con los logros obtenidos.

Los impredecibles resultados de las visitas realizadas por las brigadas se reflejaban en la cantidad de personas atendidas en la clínica ubicada en Catemaco; la capacidad (instalaciones y tecnología) para atender a personas provenientes de las comunidades no era aprovechada de manera óptima. Por ejemplo, antes las mujeres que optaban por la salpingoclasia eran canalizadas (referidas) a los centros de salud de instituciones públicas como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o la Secretaría de Salud. Incluso había quienes eran atendidas en clínicas y sanatorios particulares.

El equipo entonces se enfrentaba a un problema concreto: ¿Cómo asegurar que las visitas de las brigadas tuvieran resultados aceptables en términos del número de personas atendidas y, sobre todo, de referencias a la clínica de la APF en Catemaco?

Se consideró que la causa principal del poco éxito de las brigadas era la falta de preparación de las visitas. Esto se traduce en que no se establecía ningún compromiso con los líderes ni con los habitantes de la comunidad; no se efectuaba diagnóstico de las condiciones de salud ni de las enfermedades más frecuentes; no se sabía si la gente estaba dispuesta a pagar alguna cuota de recuperación, aunque

fuera mínima y, además, se invertía mucho tiempo en pasar casa por casa para avisar que la brigada estaba ahí.

El líder del equipo diseñó un modelo de atención en cuatro niveles. Cada nivel corresponde a las funciones y actividades específicas de las siguientes personas: la asistente de salud comunitaria (promotora comunitaria), la técnica en salud (coordinadora de promoción), el personal que integra la brigada y el personal que trabaja en la clínica. De manera general, el modelo consiste en lo siguiente:

1º nivel: asistente de salud comunitaria.

Se estableció que esta persona fuera aprobada en asamblea comunitaria. Esto garantizaría la representatividad y cierta autoridad para convocar a la gente. Además de las actividades habituales de las promotoras comunitarias (distribución de métodos anticonceptivos y registro de los datos de las usuarias), se determinó que la asistente de salud debía estar capacitada para controlar un botiquín comunitario, realizar curaciones sencillas, referir pacientes a la clínica, preparar la visita de la técnica en salud y colaborar con ella para preparar la visita de la brigada. Para esto último es importante asegurar que se cuente con un local adecuado y un mínimo de 20 consultas. Ambas condiciones son indispensables para programar una visita.

2º nivel: técnica en salud.

Es la encargada de dar a conocer los servicios que proporciona la asociación en las comunidades rurales. Selecciona y propone a la persona que más adelante será la asistente de salud, a quien después capacita en técnicas para promover la planificación familiar, en primeros auxilios y curaciones. Imparte pláticas a la comunidad sobre temas de salud y planificación familiar. Participa en las asambleas comunitarias donde se determina la fecha y la cuota de recuperación que se pagará por cada consulta, según las

posibilidades y disposición de la gente. Comunica lo anterior al responsable de la brigada y durante la visita colabora en la instalación del equipo y en la organización de las personas.

3º nivel: brigada de salud.

Como se mencionó antes, la brigada está integrada por un médico, un odontólogo, la técnica de salud y la asistente de salud comunitaria. Cuando ya se ha fijado la fecha de una visita, se prepara todo lo necesario para realizarla puntualmente. Es indispensable contar con la lista de personas que serán atendidas en la comunidad. Si éstas son menos de 20, la visita se suspende hasta que no se cuente con el mínimo establecido.

Ya en la comunidad, los miembros de la brigada se encargan de proporcionar la atención. Cada caso es clasificado según el tipo de seguimiento que debe dársele: en la propia comunidad, canalización (referencia) a la clínica de Catemaco o a otras instituciones.

Fui testigo de cómo el coordinador predicaba la importancia al trabajo y al cumplimiento con los clientes a través de su propia actitud y manera de conducirse durante el desarrollo de la visita de una brigada. En aquella ocasión había llovido intensamente y el camino estaba bloqueado porque el cauce del río estaba interrumpido por grandes ramas y piedras que la corriente había arrastrado. Los conductores de otros vehículos opinaron que el agua no bajaría sino hasta el día siguiente; algunos de ellos incluso dieron vuelta y regresaron a la ciudad. El coordinador se bajó del vehículo, se quitó los zapatos, se remangó los pantalones y se puso a retirar las ramas y las piedras para que descendiera el nivel de agua. Su ejemplo fue seguido por los otros miembros de la brigada, así como por los habitantes de la zona. En menos de una hora el agua del río había llegado a un nivel tal que ya era posible el paso de vehículos medianos.

4º nivel: clínica de Catemaco.

En este sitio son recibidas las personas que requieren de una atención especial que no puede ser proporcionada por la brigada. Por ejemplo, si alguna mujer opta por el dispositivo o por la salpingoclasia, necesariamente deberá acudir a la clínica para poder satisfacer su demanda; o si el odontólogo detecta una pieza que puede salvarse (la extracción no está indicada), también se le pide a la persona que se presente en el consultorio dental de la clínica.

En las figuras 4.10 y 4.11 se muestran dos diagramas de flujo, elaborados por el coordinador y sometidos a la consideración del equipo, que ilustran los procesos correspondientes de los niveles 1 y 3.

Este modelo de atención por niveles fue diseñado en noviembre de 1991 y se aplicó por primera vez en diciembre del mismo año. A partir de esa fecha las brigadas atienden entre 20 y 50 personas (30 en promedio) por visita a una comunidad. El dato correspondiente a los ingresos es irrelevante ya que en muchos casos la atención se proporciona gratuitamente.

Desde el punto de vista de los integrantes del equipo, los resultados más significativos se refieren a la cantidad de personas provenientes de las comunidades visitadas por las brigadas que son atendidas en la clínica. Esto se debe a que es ahí donde se obtienen los resultados de mayor impacto en cuanto a la atención a la salud y la planeación familiar así como un importante margen de ingresos y recuperación de costos.

Debido a que la proporción promedio de usuarios provenientes de comunidades rurales es de 80%, la cual se ha mantenido desde principios de 1992, los miembros del equipo seleccionaron el número de consultas, el número de usuarios nuevos y los ingresos por consultas y por toma de pruebas para detección oportuna de cáncer cervicouterino (D.O.C.) como indicadores para evaluar los efectos del modelo de atención por niveles, y en particular la promoción de las brigadas de salud, en la productividad de la clínica. Los resultados se muestran en las figuras 4.12 a 4.17.

De 1991 a 1992 hubo un incremento de 20.71% en la consulta general, de 17.37 en la captación de usuarios nuevos; el aumento en el promedio mensual de los ingresos fue de 108% para el caso de las consultas y de 144% para el caso de las pruebas para D.O.C. De 1992 a 1993, el aumento en la consulta fue de 45.53% y en la captación de usuarios nuevos, de 38.32. Los datos sobre los ingresos para este periodo no estuvieron disponibles, aunque es casi seguro que se hayan incrementado considerablemente puesto que el coordinador invirtió una fuerte cantidad en la ampliación de las instalaciones de la clínica y en la adquisición de equipo.

En enero de 1992, dada la ya comentada necesidad de enfrentar la sustitución de donaciones por parte de la asociación, el Director General comunicó al coordinador del centro logístico de Catemaco que ya no formaba parte de la nómina y que estaba en toda la libertad de iniciar su propia organización, para lo que se le ofrecía todo el apoyo. Lo mismo ocurrió con los coordinadores de otros dos centros logísticos (Chiapas y de Puebla).

Según comentó en repetidas ocasiones el propio coordinador, el proyecto de calidad constituyó la "tablita de salvación" para los programas que coordinaba, ya que le dio elementos para hacer que la población de escasos recursos, tanto de la Ciudad de Catemaco, pero sobre todo de las zonas rurales aledañas, prefiriera acudir a ellos en lugar de asistir a instituciones como la propia Secretaría de Salud. Seguramente en esto intervinieron decisiones como las siguientes:

- La adecuación de los horarios de atención a los horarios de las corridas de autobuses a diversas comunidades, de modo que si una persona acudía en la mañana a una consulta y era necesario que se le realizara un examen de laboratorio, éste se procesaba en el transcurso del día, de tal manera que en la tarde el paciente podía recoger sus resultados, pasar de nuevo a consulta (sin que se le cobrara) y abordar el transporte que lo llevaría de vuelta a su comunidad.

Proceso: La asistente de salud comunitaria

Equipo: 1er. nivel de atención al campo.

Factores a controlar

Que la promotora (asistente de salud) tenga el perfil adecuado y sea reconocida.

Que la asistente de salud tenga detectados los problemas e individuos a reconocer.

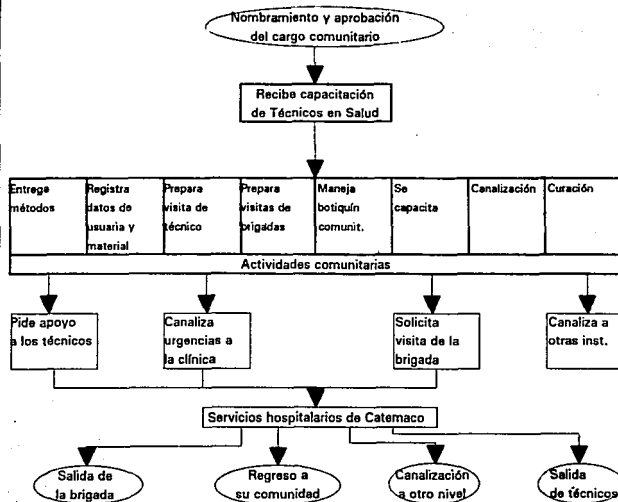
Que la asistente tenga a la mano los suministros y la documentación necesarios.

Que esté la asistente para que se capacite.

Que tenga a la mano instructivos para manejo de fármacos y de pláticas.

Que determine el momento preciso para pedir la visita de los técnicos o de la brigada.

Actividades



Resultados esperados

Que los métodos que recomienda sean los adecuados.

Que tenga listos los locales en los que trabajarán los técnicos o la brigada.

Que los fármacos que dio sean administrados correctamente.

Que las pláticas surtan sus efectos.

Que las canalizaciones sean correctas.

Que la capacitación que recibe de los técnicos sea retroalimentada.

Que la lista de los posibles receptores de servicios por parte de la brigada sea agotada.

Que los locales de atención sean seguros.

Que la asistente se haya autofinanciado.

Fig. 4.10. Diagrama de flujo del primer nivel de atención del equipo de Catemaco.

Proceso: Visita de la brigada médica de campo.
Equipo: Catemaco.

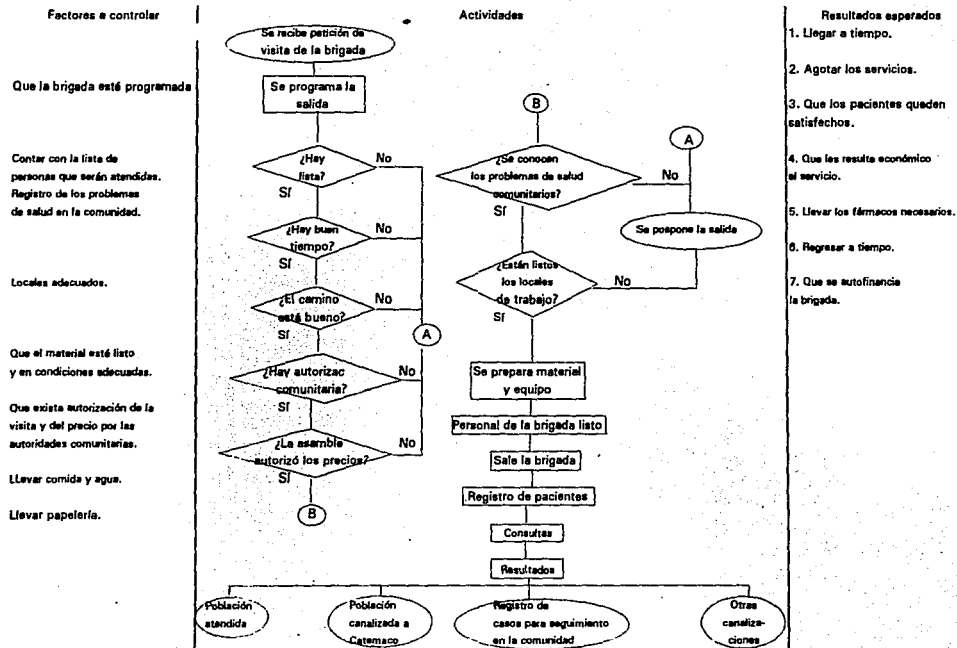


Fig. 4.11. Diagrama de flujo del tercer nivel de atención del equipo de Catemaco.

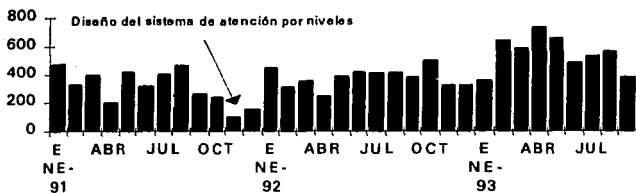


Fig. 4.12. Número de consultas en la Clínica de Catemaco.

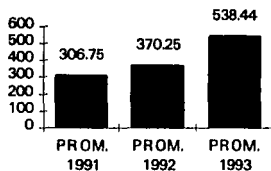


Fig. 4.13. Promedio mensual de consultas.

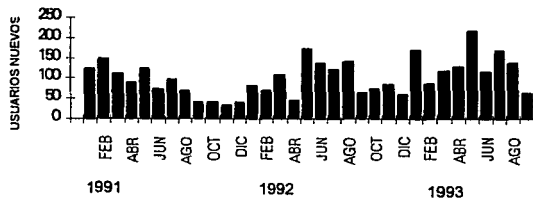


Fig. 4.14. Captación mensual de usuarios nuevos de enero de 1991 a septiembre de 1993.

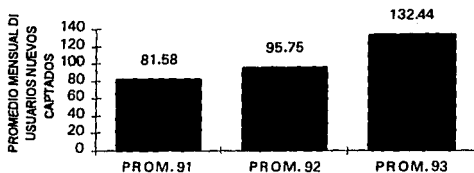


Fig. 4.15. Promedio mensual de usuarios de PF captados.

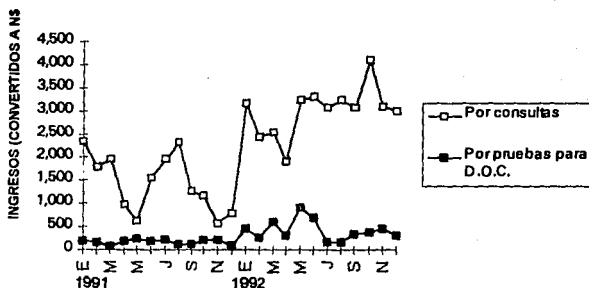


Fig. 4.16. Ingresos mensuales en la Clínica de Catemaco.

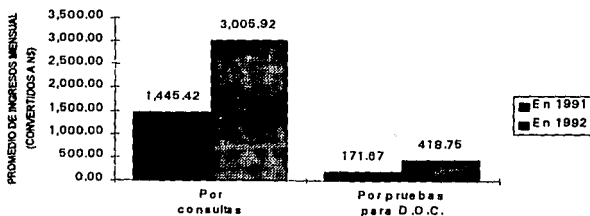


Fig. 4.17. Promedio de ingresos mensuales en la Clínica Catemaco.

- La estrategia que los integrantes del equipo llamaron “dos por uno”. Consistió en convencer a los pacientes locales para que cedieran un turno, de modo que por cada paciente de Catemaco pasaban dos de comunidades alejadas.
- La constante evaluación de la atención proporcionada. Cada tres meses se selecciona una muestra de pacientes que hayan sido atendidos en ese período con el objeto de acudir a su domicilio a preguntarle sobre la eficacia del tratamiento indicado por el médico. También continuamente se pregunta a los pacientes que asisten a curaciones si consideran que las enfermeras los trataron adecuadamente o los lastimaron sin haber necesidad de ello.
- El rigor con que se selecciona al personal médico y paramédico (enfermeras, trabajadoras sociales y asistentes de salud).

El coordinador también se ha ocupado en desarrollar un fuerte espíritu de equipo que hace que el personal realice sus actividades estando altamente motivados. Entre otras cosas el coordinador ha hecho lo siguiente:

- Apoyar las sugerencias viables de sus colaboradores y ofrecer sus puntos de vista a quienes proponen algo que no puede ser aplicado en el momento.
- Siempre que es posible, hace participe al personal de los excedentes en los ingresos.
- Insiste en lo que él llama la filosofía del ferrocarril, la cual explica diciendo que el equipo es como un tren que debe estar funcionando a la perfección para llegar siempre a tiempo a su destino (la satisfacción de las necesidades de los usuarios). Si un vagón está averiado es necesario repararlo de inmediato ya que de lo contrario impediría llegar a la meta propuesta. Si la reparación no es posible, el vagón deberá ser reemplazado. Presenció la aplicación de esta filosofía durante una reunión en la que se discutió la permanencia de un dentista que ya había

sido sorprendido en dos ocasiones con aliento alcohólico. El equipo expuso sus argumentos y posteriormente se decidió que no era conveniente que esta persona continuara en el equipo, pues además de que ponía en riesgo a los pacientes, afectaba la imagen de la organización.

A continuación relato un hecho que refleja el grado en que el personal de la clínica había asimilado la importancia de satisfacer a los usuarios proporcionando atención adecuada desde el punto de vista técnico. A finales de 1993 el coordinador del equipo de Catemaco tuvo algunas diferencias con la representante local de la Secretaría de Salud. Esta persona advirtió al coordinador que solicitaría a la Secretaría de Salud en el Estado (de Veracruz) una visita de supervisión a las instalaciones de la clínica. Dicha visita se realizó muy pronto y en ella, en efecto, se encontraron algunas fallas de fácil arreglo; no obstante, lo que más llamó la atención de las autoridades sanitarias fue la opinión de los pacientes que fueron entrevistados, quienes expusieron sus motivos para no asistir a los servicios proporcionados por la Secretaría de Salud. Fue así que quien resultó sancionada fue la representante que había solicitado la supervisión como una represalia en contra del coordinador.

Comentarios

Es evidente que la mayor parte de los equipos dirigidos con un estilo democrático demostraron algún mejoramiento en la calidad o la productividad, o ambas, de los diversos procesos que controlan. Lo que resulta hasta cierto punto lamentable es que únicamente seis de los 22 equipos estudiados hayan sido ubicados en esta categoría. Como ya lo comenté, parece que la explicación de esta situación es el estilo autoritario del Director General. Un argumento que apoya esta idea es el hecho de que ningún equipo de las oficinas centrales se clasificó como grupo

dirigido con un estilo democrático. La experiencia del equipo de Contabilidad fue neutralizada cuando le impusieron al Gerente Administrativo como jefe.

También es de lamentar que algunos de los pocos equipos dirigidos democráticamente se hayan visto mermados por decisiones apresuradas, como el propio caso de Contabilidad o el de las Coordinadoras comunitarias de la zona nororiente del área metropolitana.

Al revisar los resultados con algún cuidado, se nota cierta falta de datos relacionados con la medición de la calidad propiamente dicha. Al respecto, cabe señalar que, si bien el equipo de Catemaco recopiló bastante información sobre la calidad de la atención (por ejemplo, el número y tipo de quejas de los pacientes o el tiempo de procesamiento de las muestras en el laboratorio de la clínica), el manejo de estos datos era sólo local. Es decir, los integrantes del grupo efectivamente hacían uso de la información para mejorar la atención proporcionada, aunque estos datos no fueran notificados a las oficinas centrales por considerar que no serían tomados en cuenta por el Director de la asociación.

Otro resultado que seguramente fue interesante desde el punto de vista técnico, aunque desafortunadamente no conté con la información, pudo ser el número de pruebas para D.O.C. no confiables que quizá encontró el equipo de médicos comunitarios de la zona nororiente del área metropolitana.

Aunque las investigaciones sobre la satisfacción de los usuarios en las clínicas La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl son relevantes, en este tipo de centros también se podrían hacer y demostrar importantes estudios, por ejemplo, sobre el tiempo de espera de los pacientes, el llenado de los expedientes clínicos, el manejo a los pacientes y la eficacia terapéutica.

Tengo la esperanza de que algunos de estos temas sean abordados por estos equipos, siempre y cuando no hayan desistido de sus intenciones por prestar cada vez mejor atención a los usuarios.

Capítulo 5 ANÁLISIS

Donabedian (1984, 1990) define la calidad de la atención como el logro de los mejores resultados posibles en la salud, con los menores riesgos para el paciente, según los recursos disponibles.

La calidad de la atención a la salud puede ser considerada a partir de dos dimensiones: la técnica, que consiste principalmente en la aplicación de los conocimientos aportados por las ciencias de la salud, y la interpersonal, cuya principal manifestación ocurre en la interacción entre los proveedores de la atención y los usuarios. Además puede ser evaluada a partir de tres enfoques: la estructura, que es el conjunto de recursos con los que se cuenta para otorgar la atención; el proceso, que consiste en lo que los proveedores de la atención y los usuarios hacen para solucionar o prevenir problemas de salud, y el resultado, que se refiere al cambio en el estado de salud de la población atribuible a la atención proporcionada.

Para mejorar la calidad de la atención a la salud tanto en sus dimensiones técnica e interpersonal, como desde cualquiera de los enfoques (estructura-proceso-resultado), existen diversas estrategias. Una las que se han aplicado recientemente con resultados más notables es la combinación de calidad total, mejoramiento continuo y monitoría de actividades críticas (Ruelas, 1992).

Conviene recordar aquí, tal como se señaló en el capítulo 2, que calidad total, o mejor, el control total de calidad, implica principalmente tres aspectos fundamentales (Treviño, Valle, Fierro y De la Loza, 1994): la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de los clientes externos e internos; la participación de todo el personal, con el liderazgo decidido de los directivos, y el uso de técnicas y procedimientos de análisis para lograr el mejoramiento continuo de la calidad a través del control de los procesos y la solución de problemas.

Todos los autores revisados en este trabajo y que abordan el tema del mejoramiento de la calidad en las organizaciones afirman que es indispensable el firme compromiso y la participación activa de los directivos para impulsar una nueva cultura institucional orientada a la calidad, la satisfacción de los clientes y el trabajo en equipo.

El compromiso y participación de los directivos se traduce en el ejercicio de un liderazgo de estilo democrático (Casares, 1994; De la Cerda, 1990; Moscovici, 1985; Munné, 1986, y Schein, 1972). Los otros dos estilos de liderazgo habitualmente conocidos, el autoritario y el liberal, al parecer se oponen al desarrollo de dicha cultura centrada en el mejoramiento de la calidad.

La experiencia que he presentado en este reporte confirma lo anterior. En general, los equipos dirigidos por líderes autoritarios o liberales, no obstante la jactancia de algunos de ellos, fueron incapaces de demostrar mejoras en algún aspecto de los procesos que controlaban. Incluso algunas personas clave obstaculizaron el avance hacia el mejoramiento de la calidad en otros equipos. Recordemos la intervención del Director General en el equipo interfuncional de Evaluación del Desempeño, o el papel del Gerente Administrativo, quien además de entorpecer el trabajo relacionado con el proyecto de calidad de los equipos que él dirigía (Contabilidad y Servicios Generales y Almacén), impedía el adecuado funcionamiento de otros en los que tuviera que participar (Control Presupuestal).

Por otra parte, los equipos conducidos democráticamente estuvieron más dispuestos a recopilar datos para conocer mejor el nivel de calidad de sus procesos y realizar los cambios necesarios en caso de que la satisfacción de sus clientes externos o internos se viera afectada.

Es probable que estos grupos hayan obtenido tales resultados debido a la instrucción que recibieron respecto a la aplicación de distintas técnicas para trabajar en equipo así como para identificar, analizar y solucionar problemas que afectan la calidad.

Lo que seguramente sí determinó los resultados positivos, fue la conciencia adquirida por estos líderes, en cuanto a que ellos eran los principales responsables

de lograr la satisfacción de los clientes de sus respectivos procesos, así como de mantener un alto nivel de motivación entre sus colaboradores.

Llama la atención que, aun en un ambiente organizacional tan poco propicio, los equipos dirigidos democráticamente hayan podido avanzar, aunque en algunos casos haya sido sólo un pequeño tramo. Al parecer, mientras más lejos se estuviera del autoritarismo de la Dirección, las posibilidades de éxito eran mayores.

Por lo anterior, y desafortunadamente, mi pronóstico no es tan favorable. Me quedé con la impresión de que los equipos para la mejora de la calidad del área metropolitana estaban destinados a desaparecer como tales, es decir, a dejar de reunirse con el propósito de solucionar problemas y controlar la calidad de los diversos procesos. Estando ya separado de la asociación me enteré de que habían despedido a la mitad del equipo de las Coordinadoras comunitarias, el de las lecherías, por la falta de presupuesto para sostener el sueldo de todas las integrantes. Después supe que a la coordinadora de las dos clínicas del área metropolitana (La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl), identificada en este trabajo como líder con estilo democrático, se le había asignado un puesto de nivel central, de tal modo que tuvo que nombrar a otras personas para que estuvieran al frente de ambos equipos. Los únicos que han sobrevivido a la gran cantidad de cambios y decisiones de la Dirección General, al parecer cada vez más fortalecidos, son los integrantes del equipo de Catemaco, lo cual es explicable por su independencia orgánica y administrativa con respecto a la asociación.

Deseo reproducir aquí un texto que preparé antes de renunciar a la APF, todavía con la esperanza de lograr algún cambio en la actitud del Director General. No tuve oportunidad de discutirlo con él porque no tuvo tiempo para recibirme.

CONDICIONES PARA RESCATAR EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA EN LA ASOCIACIÓN

Ya son casi tres años desde que iniciaron las actividades relacionadas con el "proyecto de calidad" financiado por The Population Council y los resultados han sido más bien modestos. Se limitan a la formación de algunos equipos de trabajo cuya actividad, sobre todo en las oficinas centrales, ha sido inconstante y no ha producido mejoras demostrables (los casos de Catemaco y los equipos de las Clínicas La Villa y Ciudad Nezahualcóyotl, así como el de las Coordinadoras Comunitarias de la zona nororiente merecen mención aparte). Otro resultado ha sido el prestigio que (la asociación) ha adquirido, ante diversos organismos internacionales, como una institución de vanguardia interesada en mejorar la calidad de la atención que proporciona; por último, acaso se pueda hablar de cierto interés en lograr la satisfacción de los clientes en algunos de los empleados de las oficinas centrales. En los párrafos que siguen trataré de exponer las causas que, desde mi punto de vista, han propiciado la situación descrita.

En primer lugar destaca la falta de interés, claridad y compromiso del grupo de la Dirección. Al parecer este grupo no ha comprendido que para convertir a esta APF en una organización de calidad total no basta con plasmarlo en un documento como el Plan Estratégico. Este sólo es el primer paso. Si se ha de ser congruente con este propósito es necesario que los directivos hagan un esfuerzo adicional que se traduce en actividades como lecturas de artículos y libros sobre el tema, organización de seminarios internos, elaboración de planes y políticas, difusión entre sus colaboradores, liderazgo en el proceso, etc. Todas estas actividades requieren de tiempo, empezando con el tiempo necesario para pensar al respecto. Si preguntáramos a los gerentes qué medidas han tomado para mejorar la calidad de los procesos de los cuales son responsables seguramente obtendríamos respuestas que no tienen relación con la satisfacción de los clientes, ni con el uso de controles y mediciones ni con

mejoramientos de estándares. Por el contrario, las respuestas se referirían a decisiones tomadas con la intención de reducir tiempos en determinados procesos administrativos, de "presionar" más a los gerentes regionales y coordinadores locales en cuanto al logro de metas, usuarios nuevos y obtención de ingresos o, en el mejor de los casos, hablarían del diseño de algunos instrumentos para evaluar la calidad o la satisfacción de los clientes, los cuales aún no han sido utilizados (y probablemente no lo sean mientras no exista un verdadero interés institucional en la calidad).

Igualmente es muy probable que ninguno de los directivos haya leído algún texto sobre el tema del mejoramiento de la calidad por propia iniciativa. Por supuesto es todavía menos creíble que hayan asistido a alguna conferencia o acto similar. Respecto a su papel como líderes de los equipos, se ha visto que no les interesa organizar reuniones y mucho menos discutir seriamente asuntos relacionados con la mejora de la calidad (por lo que es comprensible que sus subordinados asuman esta misma actitud).

El tiempo que recientemente dedicaron a elaborar sus "planes" fue insuficiente y más bien se hicieron, en la mayoría de los casos, como una tarea que había que presentar al Director y no como la preparación de un instrumento para administrar mejor, por lo cual no se le puso el interés debido.

Por más que se haya comentado, todo parece indicar que aún no está claro que la transformación de la asociación hacia la calidad total implica un profundo cambio en la cultura de la organización. De nueva cuenta valores como la satisfacción de los clientes, el trabajo en equipo y el mejoramiento continuo de la calidad parecen ser ajenos a nuestros directivos. Lamentablemente continúan vigentes hábitos como la improvisación (el colmo es que hasta los planes se improvisan), el deseo de "quedar bien" ante los donantes, funcionarios o el mismo Director, el trato diferencial a gerentes regionales y coordinadores locales (privilegiando a algunos) y el centralismo (hay que pensar qué responderían los gerentes si se les preguntara qué tan facultados se sienten para tomar decisiones importantes sin el temor o la certeza a de que serán revocadas desde la Dirección).

Persiste la reserva a analizar problemas serios de la institución como son la posibilidad de estar reportando datos falsos, la baja productividad y efectividad de los consultorios comunitarios, e incluso la misma capacidad de los gerentes para dirigir una parte de la organización.

También en relación con la falta de claridad, hay que destacar lo perjudicial que ha sido la carencia de una estrategia, así como de las políticas y normas que de ella se deriven. Aunque se han incorporado los objetivos estratégicos en la guía de procedimientos, entre aquéllos y éstos sigue existiendo una brecha importante que no será cubierta mientras no contemos con los manuales de políticas y normas correspondientes.

De todo lo anterior se explica la falta de compromiso, entendido como la participación interesada y analítica en un proceso determinado. Los gerentes no se pueden comprometer con algo que no les interesa, y no se pueden interesar en algo que no comprenden. Pero para que estén motivados a conocer y comprender algo, en este caso la naturaleza de la calidad total, es necesario que alguien los guíe, que alguien asuma el liderazgo; y en este sentido todos los expertos coinciden en afirmar que la persona que representa la máxima autoridad en una organización es la indicada.

Habría que preguntarse aquí sobre la conveniencia de incorporar al Consejo de Administración, quien en realidad se mantiene al margen del operar cotidiano de los programas institucionales y cuyos miembros son, en última instancia, quienes toman las decisiones más importantes.

Aquí comenzamos a considerar la segunda causa que explica la situación actual del proceso de mejora continua en la asociación: la falta de un apoyo técnico consistente.

Desde que el proyecto financiado por The Population Council inició, no se estableció, como debió haber sido, ningún compromiso con algún asesor externo y el entonces coordinador del proyecto no tuvo la capacidad para dirigirlo adecuadamente, pues muchas de las actividades eran improvisadas y ajenas al interés de los empleados participantes en los equipos de trabajo. El supuesto grupo de apoyo

(el Secretariado Técnico para la Calidad) jamás cumplió su función, que era la de apoyar a los directivos en el diseño de los sistemas necesarios, crear los materiales de capacitación que se fueran requiriendo y asesorar a los líderes de los equipos en la aplicación de las herramientas para la mejora de la calidad.

Esta situación cambió un año después, cuando se diseñó un plan de implantación y un programa de capacitación específico. No obstante, la desorganización anterior era tal, que aun ahora, en enero de 1994, es difícil mantener cierto control sobre la información necesaria para evaluar el proceso.

Este último aspecto, la información, es vital para todo proceso de mejoramiento continuo de la calidad. Actualmente no se tiene un instrumento que permita concentrar todos los datos relacionados con los esfuerzos que han realizado algunos equipos.

SOLUCIONES SUGERIDAS

Hay dos actividades fundamentales para rectificar el rumbo y avanzar hacia la verdadera calidad total: las actividades con los directivos y las actividades con los equipos de trabajo.

Las actividades con los directivos deben girar en torno a dos aspectos: el liderazgo y el rediseño de los principales procesos de la asociación. [No obstante, conviene tener presente la serie de funciones que propone Patiño (1994) para el ejecutivo en calidad total: servir de modelo; establecer puntos de referencia con la competencia; usar los procesos y herramientas en calidad; comunicar y alentar la comunicación; fomentar actividades de retroalimentación; fomentar el trabajo en equipo y la participación; dar reconocimiento a quienes practican el liderazgo a través de la calidad y, por último, propiciar un ambiente de apoyo.] En cuanto al liderazgo, hay algunos conceptos que no deben pasar inadvertidos, como la capacidad de los verdaderos líderes para integrar la autoridad administrativa, técnica y moral; en relación con esta última, la autoridad moral, es necesario destacar que se obtiene mediante la actitud de servicio y

apoyo hacia los colaboradores. Otra idea central es el papel del líder como guía, como orientador. La diferencia fundamental respecto a un directivo tradicional es que, mientras éste presiona para hacer valer su autoridad, el auténtico líder "jala" al grupo con sus actitudes y con su ejemplo, lo cual, por supuesto, requiere de ellos la máxima entrega, dedicación de tiempo adicional e interés por aprender. ¿Están nuestros directivos dispuestos a ello? Para asegurarse de que así es, es recomendable que el Director dirija un seminario sobre mejoramiento continuo en el que todos sus colaboradores inmediatos se vean obligados a estudiar y presentar algún tema.

Respecto al rediseño de los principales procesos de trabajo, baste con señalar algunos que por el momento se realizan de manera asistemática y sin control, y de los cuales depende el desempeño global de la asociación:

- Elaboración de planes de trabajo por gerencia, departamento o coordinación.
- Elaboración de proyectos.

(Estos dos procesos son vitales para erradicar la improvisación como hábito institucional de administración).

- Control de gastos e ingresos en los niveles local, regional y central.
- Abastecimiento de suministros y equipo.
- Evaluación operativa (determinante para la toma de decisiones también en los tres niveles: local, regional y central).
- Reclutamiento, selección y desarrollo del personal.
- Visitas de asistencia a los Centros Logísticos.
- Atención en los consultorios: consultas de primera vez, subsecuente, de PF y ginecológica.
- Creación y administración de un Centro de Servicios Diversificados.
- Diseño de franquicias para los consultorios comunitarios.
- Desarrollo de actividades educativas: cursos, talleres, seminarios, pláticas, diplomados, etc.

Las actividades relacionadas con los equipos de trabajo se deben centrar, a su vez, en la capacitación para la elaboración y ejecución de proyectos de mejoramiento, lo cual implica destacar la importancia de la evaluación cuantitativa para demostrar que ha habido una mejora, e intensificar las actividades de expansión (creación de equipos en diferentes Centros Logísticos) con el claro propósito de abarcar a toda la organización.

Hasta aquí el texto que tuve intención de discutir con el Director General de la APF. Ahora, con base en la experiencia que he adquirido participando en proyectos para la formación de equipos orientados al mejoramiento continuo de la calidad en otras instituciones de salud, agregaría un elemento más a la propuesta: el fortalecimiento de la autoestima de los miembros del personal, en particular de los líderes de los equipos de trabajo. ¿Por qué la autoestima?

Cada vez me convengo más de que en el núcleo de las decisiones de los líderes liberales y autoritarios, en especial de estos últimos, hay una gran dosis de inseguridad, de miedo a asumir la responsabilidad de dirigir a un grupo de personas con iniciativas e ideas que pueden incluso superar a las del propio líder (Giral, 1993). Por otra parte, Deming (1989) e Ishikawa (1986) han explicado ya el gran daño que hace a las organizaciones el ocultamiento de los problemas a los superiores, sea omitiendo información, sea modificando las cifras que reportan, pero siempre tratando de esconder los problemas (que tarde o temprano se harán evidentes en forma de crisis). Ambos coinciden en afirmar que uno de los principales motivos que los empleados tienen para tratar de ocultar los problemas, es el temor a las represalias de sus jefes. Lo paradójico es que la solución de problemas debería ser una de las principales funciones de los líderes, en especial de quienes se encuentren en niveles de dirección.

En este punto vuelve a entrar en escena la participación. La posibilidad de tomar decisiones sobre el trabajo que se realiza y de disfrutar de los beneficios que la aplicación de sus sugerencias produce para la organización (Gavito, en Jiménez, 1991), debe ser sin duda una experiencia enriquecedora para cualquier individuo o equipo de trabajo. Sin embargo, no creo que sea suficiente el firme impulso de la

participación como uno de los valores institucionales, si éste no se acompaña del esclarecimiento de la autorresponsabilidad (entendida como responsabilidad hacia uno mismo como persona y como trabajador) como uno de los pilares fundamentales del éxito individual y organizacional.

En el nivel individual, considero que la arraigada costumbre de culpar a los demás de padecer una situación desfavorable en un momento determinado, equivale a negar el propio papel en la generación de esa situación particular. La frase "tú haces como que me pagas y yo hago como que trabajo" equivale a la actitud tomada por los obreros que destruyeron las fábricas durante la Revolución Industrial.

Conversando con aquella consultora independiente que llegó a dirigir el proyecto de calidad y decidió renunciar a su participación en la asociación por no satisfacer a su cliente, llegamos a la conclusión de que muchas de las actitudes hacia los empresarios o jefes está determinada por la información que recibimos, desde pequeños, en medios como la familia o la televisión. En esa ocasión pensábamos en la imagen que se va formando en los niños que ven programas como "Los Picapiedra", "Los Supersónicos", "Dinosaurios" o "Los Simpson", en cuanto a la relación que debe existir entre un jefe y su subordinado: de autoridad indiscutible por parte de aquél y de humillante sumisión por parte de éste. En esa conversación bautizamos este fenómeno como "Síndrome de Rajuela-Picapiedra" (El "Señor Rajuela" es el jefe de "Pedro Picapiedra"). Aunque este "síndrome" fue "descubierto" un tanto en broma, posteriormente nos ha servido para ilustrar el tema de la autoestima y autorresponsabilidad en cursos y talleres dirigidos a directivos y personal operativo de diversas organizaciones.

No deseo que se interprete lo anterior como un llamado al individualismo. Por el contrario, creo firmemente que la participación colectiva, crítica y organizada tiene mejores resultados si se basa en el acuerdo entre personas responsables, seguras y decididas.

Y es en este punto que entramos al nivel organizacional. Estemos o no de acuerdo, la llamada globalización es un hecho que está afectando dramáticamente

la vida económica del país. Hacerle frente sólo con críticas de tipo político no resolverá las grandes deficiencias en la productividad y la calidad de las organizaciones mexicanas, puestas en evidencia precisamente con el ingreso de productos extranjeros al mercado nacional. ¿O acaso hay quien todavía defienda la idea de regresar a esquemas de "crecimiento improductivo, ineficiente e inequitativo"? ¿a la política de "subsidiar ineficiencias"? (Gavito, en Jiménez, 1991). Por otro lado, no es con "arengas" ni "exhortaciones" que las organizaciones producirán más y con mejor calidad (Deming, 1989; Ginebra y Arana, 1991). Los directivos de las organizaciones de cualquier rama o sector están obligados a entender que son ellos quienes deben encabezar el cambio hacia la calidad y la productividad, pues son ellos los responsables finales de ambas.

Están en una encrucijada. Como el personaje de la película "Cuestión de honor", interpretado por Jack Nicholson, quien, al admitir durante un juicio que está enterado y es responsable de todo lo que sucede en la base de la marina estadounidense que comanda, se ve forzado a reconocer que ordenó la aplicación de una medida disciplinaria, fuera del reglamento oficial, con la que se causó la muerte a una persona. Aplicado esto al caso de los directivos de las organizaciones significa que ellos se deben hacer responsables de los éxitos, pero también de los problemas y fracasos, sobre todo con el fin de prevenirlos.

Capítulo 6

CONTRIBUCIÓN

He dividido este capítulo en dos partes. En la primera mi intención es dar una idea de cómo aproveché diversos conocimientos que adquirí durante mi formación en la licenciatura o en cursos de actualización impartidos por la propia Facultad de Psicología de la UNAM, aunque no precisamente relacionados con calidad total, para desempeñar mis funciones en la asociación. En la segunda parte comento cómo la aplicación de estos conocimientos y la práctica adquirida me han permitido considerar seriamente el mejoramiento de la calidad de la atención en instituciones públicas de salud como mi propio proyecto de desarrollo profesional.

LOS RECURSOS DE LOS PSICÓLOGOS

Creo que como psicólogos tenemos una gran cantidad de trabajo por hacer, no sólo como capacitadores, sino como asesores para el mejoramiento de la calidad en organizaciones de salud. Me he convencido de esto al ver, por un lado, las grandes limitaciones de las personas que tienen algún puesto de dirección (alto, medio u operativo) para dirigir con un estilo democrático, y por otro, las deficiencias de los colaboradores (subordinados) de estas personas para aceptar sus nuevas responsabilidades como integrantes de equipos de trabajo para la mejora de la calidad.

Podemos utilizar la información que poseemos sobre la formación y desarrollo de la personalidad para comprender mejor la importancia de fortalecer la autoestima de los miembros de las organizaciones para que aquéllos y éstas sean más productivos. Esta información también es un recurso valioso para convencer a

los directivos acerca de la necesidad de prestar más atención al desarrollo del individuo en la organización (Giral, 1993).

El conocimiento de la naturaleza de ciertos fenómenos psicosociales, como el liderazgo, la persuasión y la dinámica de los grupos hace que tengamos un lugar como promotores y capacitadores de equipos de trabajo y, en particular, de las personas que la organización ubique al frente de éstos.

Las ideas de Pichón-Rivière (en Bauleo, 1982) acerca de los grupos operativos pueden ayudar a comprender mejor la manera en que los equipos enfrentan sus tareas encaminadas a la solución de problemas específicos relacionados con la calidad.

Ciertas técnicas de la terapia familiar sistémica (González, 1989) adaptadas al contexto del trabajo en equipo representan un excelente medio para el manejo de los conflictos que lleguen a surgir durante las reuniones.

El contenido de materias como las estadísticas o teoría de la medida nos ayuda a comprender mejor el uso de las técnicas propuestas por los expertos en el mejoramiento continuo y la calidad total y a desarrollar instrumentos de medición para evaluar la calidad (por ejemplo, las expectativas y el grado de satisfacción de los clientes).

La parte clínica en la formación del psicólogo nos permite ser más sensibles a las características particulares de las personas y de las propias organizaciones de salud.

Algunos elementos de psicología del aprendizaje, de psicología de la educación y de asignaturas del área de psicología del trabajo nos dan los elementos para diseñar programas de capacitación o de asesoramiento que puedan ser aplicados en diversas organizaciones.

Finalmente, es evidente que las asignaturas y cursos relacionados con las disciplinas administrativas (desarrollo de recursos humanos y administración de personal por ejemplo) pueden representar un importante apoyo para los psicólogos en formación.

EXPECTATIVAS DE DESARROLLO

Ahora que el país atraviesa por la que ha sido identificada como la peor crisis de su historia moderna, la aplicación de programas serios para mejorar la calidad y la productividad en las organizaciones, es una necesidad que no debe pasar inadvertida a sus directivos.

El mejoramiento de la calidad y la productividad en organizaciones de atención a la salud, sean públicas o privadas, debe ser una prioridad nacional. Así lo han reconocido ya las actuales autoridades del sector en varias oportunidades. En el sector privado ya son varias las instituciones que se ocupan seriamente de la calidad de la atención, valgan como ejemplo los casos de la Clínica Nova de Monterrey, o de los hospitales Ángeles y ABC en la Ciudad de México. Sin embargo, en cuanto a las instituciones públicas, no podemos cerrar los ojos ante el gran obstáculo que representa la cultura del sistema político mexicano. En ese sentido una de las grandes limitaciones ha sido la falta de continuidad en los programas de gobierno, los cuales, salvo casos excepcionales, sólo llegan a funcionar durante cinco o seis años. Me parece que esto se debe a que el sistema ha privilegiado más el valor del prestigio personal que otros como la calidad, la productividad y la eficiencia. Es decir, mientras la aplicación de cualquier programa para el mejoramiento de la calidad se proyecta siempre ante un horizonte de largo plazo, los funcionarios de alto nivel, con el propósito de que su imagen no se vea afectada, se sienten obligados a demostrar resultados en corto plazo. Por eso es que los planes de los funcionarios generalmente no llegan a trascender el límite que marca el sexenio. Deming (1989, pág. 93) afirma que uno de los principales obstáculos para cualquier programa de calidad es la movilidad de los directivos y al respecto se pregunta: "¿cómo puede alguien estar comprometido con una política cuando su puesto es sólo para unos pocos años, cuando está dentro y fuera?"

Siempre queda la esperanza de que el interés actual en torno a la calidad, en particular de la atención a la salud por parte de los funcionarios del sector, logre arraigarse y de verdad se traduzca en un programa permanente que no se vea afectado por las vicisitudes de cada nueva administración.

En tanto no se encuentre una mejor solución, creo que es válido intentar difundir entre los círculos de los altos funcionarios el mensaje del mejoramiento de la calidad y la productividad al mayor número de gente posible, con especial énfasis en el carácter indispensable del liderazgo democrático. Así, si algún día alguien de entre ellos tiene la oportunidad de acceder a los niveles en que se toman las decisiones que afectan verdaderamente la vida institucional, tal vez dé alta prioridad a la calidad, sea respetando el trabajo realizado por sus predecesores al respecto, sea llevando a cabo proyectos originales que persigan el mejoramiento de la calidad y la productividad.

Por otra parte, considero que la enseñanza de técnicas para el trabajo en equipo orientado al mejoramiento continuo de la calidad entre el personal operativo de las instituciones públicas de salud puede ser de gran utilidad. No debemos olvidar que hay procedimientos probados que permiten mejorar considerablemente la calidad de la atención proporcionada y la productividad con una inversión mínima de recursos, principalmente de tiempo, siempre y cuando haya un compromiso auténtico de los directivos y estos ejerzan el liderazgo democrático como estilo de dirección y promuevan el trabajo en equipo. Aunque partir de la capacitación al personal operativo sea el camino más largo, sinuoso y, en ocasiones, frustrante, los logros que se van obteniendo en el transcurso pueden llegar a constituirse en un cuerpo de argumentos tan sólido, que impida que alguien sea capaz de refutar la idea de promover el cambio hacia la calidad y, por el contrario, convenza a los altos directivos de que éste debe generalizarse.

Con este trabajo pretendí documentar un intento de integrar equipos de trabajo orientados al mejoramiento continuo de la calidad en una organización de salud, tomando como base el estilo de liderazgo de los directivos. En ese sentido, creo

haber demostrado que el estilo de liderazgo de la persona que esté frente a un grupo determina en gran medida el desempeño y la calidad de los productos que se entregan a los clientes (externos o internos); que el firme apoyo por parte de líderes que tienen el poder para tomar decisiones es una condición indispensable para el éxito de los programas de mejoramiento de la calidad aplicados con miras a largo plazo, y por lo tanto, que el desarrollo de líderes democráticos debe ser una de las actividades prioritarias en cualquier programa de mejoramiento organizacional.

Aunque la experiencia tuvo lugar en una organización de carácter privado, muchas de sus características la hacen similar a las instituciones públicas, entre otras, el centralismo en la elaboración de los planes y la toma de decisiones, el ejercicio de un presupuesto asignado, la evaluación del desempeño organizacional sobre la base de criterios exclusivamente cuantitativos y la población a la cual están dirigidos los programas.

Insisto; no obstante el autoritarismo de sus altos directivos, en la organización presentada fue posible el surgimiento de seis equipos dirigidos democráticamente, lo cuales lograron mejoras en la calidad y la productividad en diversas áreas y niveles, llegando incluso a demostrar algunas de las más notables. Por otra parte, cada vez son más los intentos destinados a mejorar la calidad de la atención en instituciones públicas de salud y, en consecuencia, hay más experiencia acumulada disponible. Al considerar lo anterior, la expectativa de promover el desarrollo de programas institucionales de mejoramiento de la calidad de la atención a la salud en una escala nacional se ve como algo realizable. Por supuesto que representaría un arduo trabajo a largo plazo, pero vale la pena y el país lo necesita.

BIBLIOGRAFÍA

- Acle, Alfredo. (1991). Planeación estratégica y calidad total. México. Grijalbo.
- Albrecht, Karl, (1988). Gerencia del servicio. Bogotá: Legis.
- Amsden, D., Buttler, H. y Amsden, R. (1993). Control estadístico de procesos simplificado para servicios. México: Panorama.
- Andrade, Horacio. (1994). Los siete grandes enemigos del DO. Management today en español. 8 3-5
- Andrade, S., Shedlin, M. y Bonilla, E. (1987). Métodos cualitativos para la evaluación de programas: un manual para programas de salud, planificación familiar y servicios sociales. E.U.A. The Pathfinder Fund.
- Astorga, Cuauhtémoc. (1991). Apuntes para el módulo 2 del diplomado en calidad total. México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores Monterrey.
- Bauleo, Armando. (1982). Ideología, grupo y familia. México: Folios.
- Blake, E., Mouton, J. S. y Allen, R. L. (1992). Cómo trabajar en equipo. Barcelona: Norma.
- Blanchard, K., Zigarmi, P. y Zigarmi, D. (1986). El líder ejecutivo al minuto. México: Grijalbo.
- Bruce, Judith. (1990). Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Studies in Family Planning 21 61-91

- Carlzon, Jan. (1989). El momento de la verdad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1971). Dinámica de grupos: investigación y teoría. México: Trillas
- Casares, David. (1994). Liderazgo. Capacidades para dirigir. México: Fondo de Cultura Económica.
- Chapman, Elwood. (1993). Cómo ser un líder. Plan de acción para el éxito. Programa de autodesarrollo para gerentes. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- Crosby, Ph. B. (1987). Calidad sin lágrimas. México: C.E.C.S.A.
- (1989). Hablemos de calidad. México: McGraw-Hill.
- De la Cerda, José. (1990). La administración en desarrollo. México: Xache-te.
- Deming, W. E. (1989). Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
- Donabedian, Avedis. (1984). La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana.
- (1990). Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública 10 1-73
- (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud pública de México 35 238 - 247

- Edmunds, M., Strachan, D. y Vriesendorp, S. (1987). Cientes satisfechos en planificación familiar: una guía para mejorar los servicios. Watertown: The Pathfinder Fund.
- Fisher, A., Laing, J. y Stoeckel, J. (1983). Manual para el diseño de investigaciones operacionales en planificación familiar. New York: The Population Council.
- Frenk, J., Lozano, R., González-Block, M.A., et al. (1994). Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Ginebra, Joan y Arana, R. (1991). Dirección por servicio. México: Mc Graw Hill.
- Giral, José. (1993). Cultura de efectividad. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
- González, Genaro. (1989). Técnicas de cambio en la familia disfuncional. Un enfoque sistémico. México: versión mimeografiada.
- Hansen, J., Warner, R. W. y Smith, E. M. (1981). Asesoramiento de grupos. México: El Manual Moderno.
- Hammer, M. y Champy, J. (1993). Reengineering the corporation. A manifesto for busines revolution. New York: HarperCollins Publishers
- Hersey, P. y Blanchard, K. (1988). Management of Organizational Behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Imai, M. (1989). Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. México: C.E.C.S.A.

Ishikawa, Kaoru. (1985). Guía de Control de Calidad. E.U.A.: UNIPUB.

— (1986). ¿Qué es el control total de calidad? Bogotá: Norma.

Jiménez, Jaime (editor). (1991). Organización y sistemas. Participación, calidad, competitividad en fabricantes de clase mundial. México: Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, Universidad Nacional Autónoma de México.

Juran, J.M. (1988). Juran's Quality Control: handbook (4a ed.). E.U.A.: McGraw Hill.

— (1990). Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos. Madrid: Díaz de Santos.

Kras, Eva. (1990). Cultura gerencial México-Estados Unidos. México: Grupo Editorial Iberoamérica

Lopresti, J., y Whwtstone, W. R. (1993) Total quality management: doing things right. Nursing Management 24 34-36

Moscovici, Serge. (1985). Psicología social. Tomo I. Barcelona: Ed. Paidós.

Munné, Frederic. (1986). Psicología social. Barcelona: CEAC.

Ogliastri, Enrique. (1988). Gerencia japonesa y círculos de participación. Bogotá: Norma.

Patño, Humberto. (1993). Equipos de mejora continua en calidad total. México: Trabajo presentado en el 4º Congreso Nacional de Psicología del Trabajo. Toluca, 18 de marzo de 1993.

— (1994). Roles y responsabilidades del ejecutivo en calidad total. México: Trabajo presentado en la 2a. Reunión Interdisciplinaria en Calidad, Productividad y Desarrollo en las Organizaciones. Huatulco, Oaxaca 17 a 20 de noviembre de 1994.

Peters, J. y Waterman, R. (1984). En busca de la excelencia. México: Lasser Press.

Reerink, Evert. (1990). Garantía de calidad de la atención a la salud en los Países Bajos. Salud Pública de México 32 118-130

Reyes, H., Meléndez, V. M. y Vidal, L. M. (1990). Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. Salud Pública de México 32 232-242

Ruelas, Enrique. (1990). De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Pública de México 32 108-109

— (1992). Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública de México 34 29-45

— (1993). Calidad, productividad y costos. Salud Pública de México 35 298-304

Ruelas, E. y Querol, J. (1994). Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud.

- Ruelas, E., Reyes, H., y cols. (1990) Círculos de calidad como estrategia de un programa de calidad de la atención en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública de México* 32 207-220
- Ruelas, E., Zurita, B. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México* 35 235-237
- Schein, Edgar. (1972). Psicología social de la organización. Madrid: Prentice Hall.
- Serralde, Laura. (1994). Dos décadas de DO en México. *Management today en español* 8 6-12
- Thomset, Michael C. (1990). Las reuniones de trabajo. Cómo planificarlas, organizarlas y dirigir las en forma eficaz. Barcelona: Norma.
- Thompson, Philip. (1984). Círculos de calidad. Cómo hacer que funcionen. Bogotá: Norma.
- Treviño, N., Valle, A., Fierro, H. y De la Loza, A. (1994). Indicadores de servicios de salud. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Vega, G. (1993). Evaluación de la atención maternoinfantil en cinco unidades de medicina familiar. *Salud Pública de México* 35 283-287
- Vernon, R., Murray, N. y Keiderling, C. (1993). Evaluación cualitativa sobre el proceso de mejora continua en Mexfam. Informe preliminar. Mimeo.
- Vernon, R., Quintanilla, L. y De la Peza, L. (1993). Manual de calidad en planificación familiar. México: The Population Council.

Vidal, L. M., Reyes, H. (1993). Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública de México 35 326-331

Walton, Mary. (1988). Cómo administrar con el método Deming. Bogotá: Norma.