

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Gerencia y Economía de los Servicios de Salud

material de estudio

TOMO II



Diplomado a
Distancia

*Gerencia y economía de los
servicios de salud
Diplomado a distancia*

*Material de estudio
Tomo II*



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Ciudad de México, junio de 2001.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F. Tel. 5595-0011
Registro 3079

© Derechos reservados. 2001. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad

ISBN: 968-6748-23-7 – Tomo II de II.

Índice

	Página
¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?	5
¿Cómo está conformado el Diplomado?	7
Módulo IV. Desarrollo de habilidades gerenciales. Por José Miguel Hernández Barajas.	9
Tema 1. Comunicación gerencial.	11
Tema 2. Liderazgo.	17
Tema 3. Teorías de la motivación.	33
Tema 4. Manejo del conflicto y negociación.	43
Tema 5. Toma de decisiones.	57
Tema 6. Grupo y equipos de trabajo.	67
Módulo V. Calidad y mejora continua en los servicios de salud. Por Jesús Ríos Martínez.	79
Tema 1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua.	81
Tema 2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad.	97
Tema 3. Sistemas de costos de la mala calidad.	113
Ejercicios y actividades de evaluación.	124
Módulo VI. Evaluación económica. Por G. Esthela Redorta Zúñiga.	125
Tema 1. Evaluación económica en el campo de salud.	127
Tema 2. Aplicaciones de evaluación económica en salud. Ejercicios prácticos resueltos para cada una de las técnicas de evaluación.	153
Ejercicios y actividades de evaluación.	166
Formato para envío de actividades de evaluación.	178

¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?

El material didáctico está conformado por **una guía didáctica y el material de estudio** de cada uno de los módulos del Diplomado.

Guía didáctica

La Guía Didáctica tiene el propósito de ofrecer a usted una orientación general sobre los procedimientos para realizar el Diplomado y recomendaciones para aprovecharlo mejor. En este sentido, ***es importante que lea toda la guía didáctica antes de pasar al material de estudio y que incluso la revise antes de iniciar un nuevo módulo.***

La Guía Didáctica contiene los apartados siguientes:

Planteamiento del Diplomado: En esta parte se señalan la justificación, propósito, objetivos y perfil de egreso, lo que le permitirá delimitar las finalidades del Diplomado y tener un punto de referencia para que usted evalúe si está cubriendo las expectativas de aprendizaje. También incluye un esquema en el que se indican el orden de los módulos, de forma que usted pueda llevar un seguimiento de éstos y distinguir la relación interna de cada una de las partes del Diplomado. Para ello también se señalan las palabras clave de cada módulo.

Metodología: Señala los medios de comunicación por los que usted puede mantener el contacto con este Centro y conocer las responsabilidades de su tutor. En el apartado *¿Qué se espera de mí como participante de un diplomado a distancia?* se señalan algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del Diplomado.

Una lista de los ejercicios que debe resolver y enviar al CIESS, así como las características del proyecto final que debe exponer en la fase presencial para acreditar el Diplomado, se ofrecen en el título *¿Qué actividades debo realizar y cómo se evaluará mi desempeño? Aquí se indican las fechas límite para entregar cada ejercicio y los avances del trabajo final requerido para la aprobación del Diplomado.* En el material de estudio también se indican estas actividades. Las características del trabajo final se ofrecen en el módulo I. También se indica el procedimiento y las características de la acreditación que el CIESS otorgará por aprobar este Diplomado.

Equipo docente: En esta sección se hace una presentación de los coordinadores y tutores.

Glosario: Ofrece una lista de términos importantes para el estudio de los temas que se abordan en el Diplomado.

Material de Estudio

Este material está dividido de acuerdo con los cuatro módulos que conforman la fase a distancia. En él se señalan los temas seleccionados en función de los objetivos de aprendizaje ordenados de manera secuencial para que la asimilación se realice paulatina y progresivamente.

Para el logro de los objetivos de aprendizaje de cada módulo ***es importante que realice la lectura de los textos correspondientes antes de pasar a la resolución de los ejercicios*** y actividades señaladas para la evaluación. Al finalizar su actividad de evaluación, recuerde enviarla al CIESS oportunamente, de acuerdo con las fechas y tutores correspondientes.

¿Cómo está conformado el Diplomado?

El programa del diplomado a distancia *Gerencia y economía de servicios de salud* corresponde a un diplomado presencial de 240 horas. Pretende integrar el análisis económico a los problemas de los sistemas de salud. Está orientado a dos vertientes: por un lado, a la revisión de conceptos y categorías básicas de la gerencia y economía de la salud, y por el otro, a la aplicación y estudios de estas herramientas para la solución de los problemas de salud.

Módulo I. Planteamiento de la reforma sectorial. Profundiza en el estudio de temas de relevancia para el sector salud como el impacto del proceso de reforma en América Latina, los aspectos básicos de la reforma, niveles de gestión, la discusión de reforma sanitaria o reforma económica y la relación entre el Estado, mercado, salud y equidad. Incluye requisitos del trabajo final y un ejercicio de evaluación.

Módulo II. Planeación estratégica en servicios de salud. Se dan las bases para la comprensión de la planeación estratégica, identificando los elementos que la constituyen: misión, visión, el diagnóstico FODA, la matriz de posicionamiento y la generación de estrategias para resolver un problema específico o para proyectar en el largo plazo a la organización. Se incluye un ejercicio de evaluación para el diagnóstico de la organización, que constituye el primer avance del trabajo final.

Módulo III. Introducción a la economía de la salud. Aborda los conceptos básicos relacionados con la economía de la salud, la influencia de los cambios demográficos y epidemiológicos en el sector, los niveles de aplicación del análisis económico, el análisis del mercado en servicios de salud, así como tipos de costos con sus consideraciones metodológicas, su importancia y utilidad para la toma de decisiones en los programas de salud. Se incluye un ejercicio de costeo.

Módulo IV. Desarrollo de habilidades gerenciales. Se plantean técnicas administrativas que permitan a los gerentes el logro de los objetivos organizacionales, utilizando una comunicación formal efectiva, liderazgo situacional para manejar el conflicto interpersonal e intrapersonal de sus colaboradores, a través de la negociación y el trabajo en equipo. También se considera el manejo de la información como una estrategia en la toma de decisiones.

Módulo V. Calidad y mejora continua en los servicios de salud. Se describen las etapas de la calidad y los elementos que integran el proceso de mejoramiento continuo para alcanzar los indicadores de calidad en la prestación de los servicios de salud, considerando el costo de la no-calidad o mala calidad como

factor de relevancia, porque los *reprocesos* muchas veces le agregan actividades y costos innecesarios al servicio, reflejando poco beneficio y alto costo. Incluye características del segundo avance del trabajo final.

Módulo VI. Evaluación económica. Se analizan las características y particularidades de la evaluación macro y microeconómica en el campo de la salud, la utilidad para la toma de decisiones de los diferentes tipos de análisis utilizados, costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad y minimización de costos. Se incluye un ejemplo de evaluación macroeconómica y ejercicios de los diferentes tipos de evaluación microeconómica para que se analicen y envíen sus comentarios.

Módulo IV. Desarrollo de habilidades gerenciales

INTRODUCCIÓN

Es importante que todo directivo de la seguridad social identifique los procedimientos o las formas humanas en la que se desenvuelven constantemente, como son: atención a usuarios, clientes, derechohabientes, proveedores o algún otro tipo de personajes que son pieza clave para cumplir sus objetivos.

El módulo contiene algunos ejercicios que se puedan aplicar en su área de trabajo, y que le ayudarán a ejercitarlo en el proceso administrativo.

El material está dividido en seis temas: el primero hace un breve análisis de la comunicación y la forma en que tenemos la oportunidad de identificar esta comunicación de la estructura laboral en la que se cada quien se desenvuelve laboralmente.

El siguiente tema analiza diferentes teorías así como los estilos de liderazgo que cada directivo pudiera tener, por lo que en el enfoque situacional nos permite saber el estilo que se tiene.

Continuando con el texto, la motivación es un factor muy importante para todo directivo, incluyéndonos en forma personal. En ésta se presentan de igual forma algunas teorías, de las cuales la teoría conductual nos arroja uno de sus métodos para poder aplicar reforzadores y con esto mantener la motivación del trabajador o su contrario.

El siguiente tema se refiere a los conflictos y la negociación. En muchas ocasiones nos enfrentamos a muchos conflictos y no todos los sabemos resolver, por lo que en este punto se hace referencia a la forma en que se presentan los conflictos y su forma de solucionar. En la parte de la negociación se identifican las mejores técnicas para solucionar conflictos, enfrentarlos o dirigir el conflicto de la mejor forma posible tanto para la persona que tenemos enfrente como para el directivo, es decir ganar-ganar es igual a que todos ganemos, sin sentirnos mal ni hacer sentir mal a la gente que nos rodea.

Uno de los aspectos que nos encontramos en forma cotidiana es la de tomar la decisión correcta. Todo directivo se encuentra en esa encrucijada ya que tomar una decisión correcta o incorrecta puede representar en algunos casos la vida o la muerte, por eso en este tema se presenta una de las formas para aplicar la decisión futura posible y correcta.

El último punto se refiere a la forma que tenemos oportunidad de identificar nuestro grupo y equipo de trabajo, ya que es necesario hacernos de nuestro equipo de trabajo, si es que no lo tenemos, además de

generar el *empowerment*, debido a que en la actualidad se ha demostrado que las mejores empresas han tenido mejores resultados cuando se trabaja en equipo (es muy conocido el ejemplo de los círculos de calidad). Si contamos con él entonces es necesario armonizar y mantener las conductas positivas para que se siga progresando.



OBJETIVO

- Aplicar las habilidades gerenciales requeridas en los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE

Cliente	Necesidades primarias
Comunicación	Necesidades secundarias
Costo–beneficio	Poder
Dirigir	Reforzadores
Equipo	Ruido
Estrategia	Selección de opciones
Grupo	Servicio
Liderazgo	Táctica
Motivación	Usuario

TEMAS

1. Comunicación gerencial.
2. Liderazgo.
3. Teorías de la motivación.
4. Manejo del conflicto y negociación.
5. Toma de decisiones.
6. Grupo y equipos de trabajo.

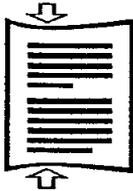
Autor de todos los temas: José Miguel Hernández Barajas.



NOTA. Para este módulo no debe enviar actividad de evaluación. Los conocimientos correspondientes se deben reflejar en el segundo avance del trabajo final.

Tema 1. Comunicación gerencial

Por José Miguel Hernández Barajas



Resumen

Tanto en nuestro trabajo como en cualquier parte que tengamos la necesidad de comunicarnos, se sabe que la comunicación tiene funciones básicas como son: control, motivación, expresión emocional e información.

Para los directivos y empleados, su grupo de trabajo constituye la principal fuente de interacción social. Por lo que la comunicación tiene valor único e indispensable para que externen su frustración y sentimientos de satisfacción o insatisfacción. Permitiendo así la expresión emocional y la satisfacción de necesidades sociales.

Para un directivo, la comunicación es vital debido a que permite la facilitación de la toma de decisiones, ya que proporciona la información que necesitan los empleados y los grupos diversos para tomar decisiones al transmitir los datos con los cuales identifican y evalúan las diversas opciones.

La comunicación ascendente sirve para suministrar retroalimentación a los niveles superiores, darles a conocer el progreso en la obtención de metas y los problemas actuales o de cualquier otra índole. Gracias a ellas los gerentes o los directores conocen las opiniones de los subalternos acerca de su trabajo, de sus compañeros y la institución en general. De esta forma, los directivos pueden recurrir a ella para averiguar cómo mejorar las cosas y los procedimientos entre los de menor jerarquía. Así, la preparación de informes sobre el rendimiento, las cajas de sugerencias, juntas de trabajo y las sesiones informales podrán ser más efectivas.

Finalmente, la comunicación lateral tiene lugar entre miembros de un mismo grupo de trabajo, o entre personal horizontalmente equivalente. En éste, el lenguaje tiende a ser más informal debido a que la jerarquía no es impedimento. Se dice que se trata de una comunicación lateral porque en la escala jerárquica se inclina a cualquier punto, siempre en su mismo nivel, en este tipo de comunicación se establecen las alianzas, el liderazgo informal, pero también tiene sus riesgos, debido a la poca efectividad en las órdenes, pues una persona se verá amenazada en el momento que un compañero le pretenda ordenar o imponer alguna indicación de sus superiores.

Tema 1. Comunicación gerencial

Por José Miguel Hernández Barajas

Una comunicación deficiente es la causa más citada en el conflicto interpersonal, como lo veremos en los siguientes apartados. Pasamos casi el 70% de las horas de vigilia comunicándonos, es lógico afirmar que una de las fuerzas que más inhiben el desempeño del grupo es la falta de una adecuada y precisa comunicación. No hay una persona o grupo que pueda sobrevivir sin la comunicación: la transmisión de su significado entre sus integrantes. Solo mediante la transmisión de significado de una persona u otra es posible la comunicación de información e ideas. Sin embargo, la comunicación es algo más que la mera transmisión de significado. También debe ser entendida. En un grupo donde un miembro habla solo japonés y los demás no lo hablan, ese individuo no será entendido plenamente. Por lo tanto, la comunicación ha de incluir tanto la transferencia como la comprensión del significado.

La comunicación ha de incluir tanto la transferencia como la comprensión del significado.

Funciones de la comunicación

La comunicación realiza cuatro funciones básicas en el interior de un grupo u organización hospitalaria: control, motivación, expresión emocional e información.

La comunicación sirve para controlar en diversas formas el comportamiento de los empleados. La organización posee jerarquías de autoridad y normas formales que es preciso que así se acaten. La comunicación estará efectuando una función de control cuando se exige que los empleados comuniquen primero las quejas a su jefe inmediato, que se ajusten a la descripción de su puesto o que obedezcan las políticas de la institución o al permitir que la gente identifique patrones normativos existentes.

La comunicación propicia la motivación al esclarecer a los empleados lo que han de ser, la eficacia con que los están llevando a cabo y qué medidas tomar para mejorar el desempeño en caso de que sea insatisfactorio. La fijación de metas concretas, la retroalimentación acerca del avance en la consecución de los objetivos y el reforzamiento de la conducta deseada estimulan la motivación.

Para muchos empleados, su grupo de trabajo constituye la principal fuente de interacción social. Se puede pensar que la mayoría de la gente pasa más tiempo en su trabajo que en su propio hogar, por esta razón se puede pensar que se requiere mayor atención en su trabajo, pero también es tan importante con su familia la comunicación, por ese tiempo reducido debe tener tanta precisión en su casa como en el trabajo. La comunicación que tiene lugar en él es un mecanismo indispensable para que externen su frustración y sentimientos de satisfacción. Así pues, la comunicación permite la expresión emocional de sentimientos y la satisfacción de necesidades sociales.

La última función que cumple la comunicación se relaciona con su participación en la facilitación de la toma de decisiones. Proporciona la información que necesitan los individuos y grupos para tomar decisiones al transmitir los datos con los cuales identificar y evaluar las diversas opciones.

Proceso de la comunicación

La comunicación puede concebirse como un proceso o flujo los problemas surgen cuando hay desviaciones o bloqueos en el flujo.

Un modelo de la comunicación: para que se lleve a cabo la comunicación se requiere un propósito expresado como un mensaje por transmitir. El mensaje se origina en una fuente (el emisor) y llega a un receptor. Está codificado (convertido en forma simbólica) y se transmite a través de un medio (canal) al receptor, quien retraduce (descifra) el mensaje iniciado por el emisor. El resultado es una comunicación de significado entre personas.

La fuente inicia un mensaje al codificar un pensamiento. Se han mencionado cuatro condiciones que afectan al cifrado: habilidad, conocimiento, actitud y sistema sociocultural. La eficacia global de la comunicación comprende además las destrezas del habla, lectura, escuchar y razonar. Tenemos ideas preconcebidas sobre abundantes temas, y esas actitudes inciden en la comunicación. Nuestro conocimiento en una materia o especialidad limita la actividad comunicativa (como es el caso del lenguaje médico, con alguien que no lo es). No podemos comunicar algo que no sabemos, y si nuestro conocimiento es demasiado vasto quizás el receptor no entienda el mensaje. Claro está que la cantidad de conocimiento que tiene la fuente acerca de su material repercutirá en el mensaje que trata de transmitir. Y, por último, del mismo modo que las actitudes afectan al comportamiento, también lo hace nuestra posición en el sistema cultural al que pertenecemos. Las creencias racionales o irracionales y valores del individuo, que forman parte de su cultura, vienen a influir en la forma de su comunicación. A continuación se presenta un modelo de comunicación.

La comunicación puede concebirse como un proceso o flujo.

Cuatro condiciones afectan al cifrado: habilidad, conocimiento, actitud y sistema sociocultural.

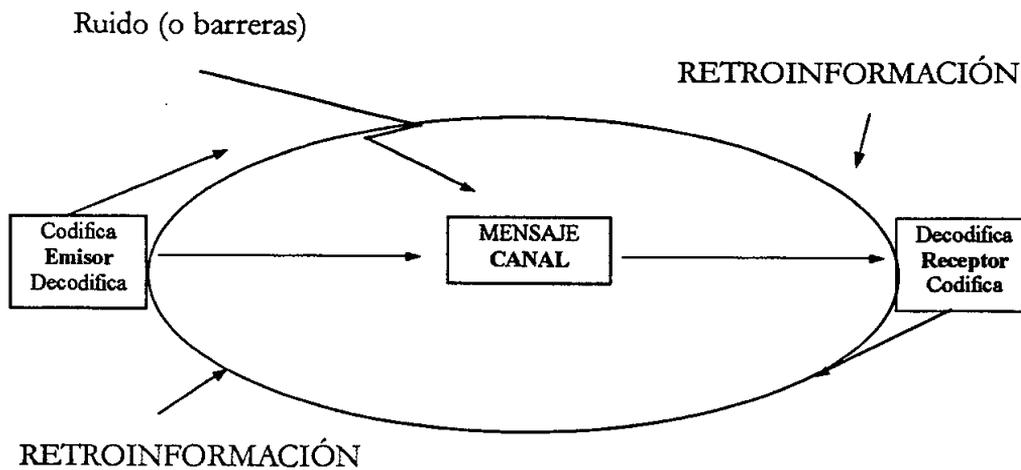


Figura 1 Modelo representativo de la comunicación

Ejercicios de autoevaluación

Resuelva brevemente las siguientes preguntas:

¿Qué es comunicación?

¿Qué tipo de comunicación establece con sus colaboradores?

¿Cuáles son los elementos de la comunicación?

Elabore un diagrama de flujo en donde refleje la comunicación lateral y ascendente de su unidad.

Bibliografía

Stephen, P. Robbins (1987).- *Comportamiento Organizacional*. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México.

Davis, K., Newstrom, J. (1993).- *Comportamiento Humano en el Trabajo*. Edit. Mc Graw Hill, México.

Strauss G. Sayles L (1981). *Personal. Problemas Humanos en la Administración*. Edit. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México.

Tema 2. Liderazgo

Por José Miguel Hernández Barajas



Resumen

Hasta este momento, el código de dirección y liderazgo personal define una serie de actitudes y compromisos que deben tenerse presente de manera integral, como es el caso de los puntos tratados anteriormente, además de lo se analizará a continuación.

Los valores plasmados en el código de los estilos de dirección permiten ratificar o rectificar los avances que hemos tenido en el cumplimiento de propósitos y metas; y de esta manera evaluar lo realizado. De tal suerte que un buen liderazgo no solo es el logro aislado de personas, es el conjunto de personas y cosas. Así, el líder se convierte en el ente integrador de voluntades para el logro de metas y objetivos en cualquier organización.

Las diversas posturas filosóficas permiten al directivo utilizar la herramienta que se ajuste a su personalidad y a su estilo de dirección, conforme a la situación de sus condiciones de trabajo específicas.

Tema 2. Liderazgo

Por José Miguel Hernández Barajas

"El liderazgo consiste en hacer que la gente haga lo que no le gusta y en que a uno le guste lograr eso."

H.S. Truman.

Para el estudio del liderazgo se consideran tres enfoques básicos, como punto de partida, ya que en la actualidad existen otros con un concepto filosófico. Sin embargo, lo que a continuación se describe serán elementos básicos y con ello se podrá obtener una idea más clara de como poder identificar su propio estilo de liderazgo, así como de sus seguidores (colaboradores). La primera teoría trató de encontrar rasgos universales de la personalidad que tenían los líderes en mayor grado que el resto de la población. La segunda buscó explicar el liderazgo a partir del comportamiento del individuo. Estas dos se han llamado "puntos de arranque falsos" debido a la postura equivocada y demasiado simple. La tercera le corresponde a las derivadas de los modelos contingenciales, dando paso a la teoría situacional y una cuarta, en la que se encuentra las nuevas teorías de la excelencia.

Teoría de los rasgos

Esta teoría pretende describir a un líder basándose en las connotaciones generales que se le asignan a las cualidades como son la inteligencia, carisma, determinación, entusiasmo, fuerza, valor, integridad, seguridad, en sí mismo y otras, llegando posiblemente a la conclusión de que los líderes deben ser personas muy especiales. Los intentos por aislar esos rasgos en los trabajos de investigación los condujeron a callejones sin salida. Sin duda alguna, fueron un rotundo fracaso al pretender identificar una serie de rasgos que siempre distinguían al líder de los seguidores y a los buenos líderes de los líderes ineficientes.

Teorías conductuales

La imposibilidad de dar solución a la teoría de los rasgos impulsó a los investigadores estudiosos de la conducta, a analizar la forma en que un buen líder se conducía. La diferencia entre la teoría de rasgos y la conductual, fundamentalmente residía en

la forma en que realizaba las suposiciones de cada líder. Por ejemplo: el líder posee comportamientos específicos, por lo tanto es posible enseñar el liderazgo (por ejemplo el diseñar programas de conducta en donde se modifique las conductas de los patrones de líderes), entonces esto significaría que se podría tener líderes para toda ocasión.

Blake y Mouton inventaron una representación gráfica de la concepción bidimensional del estilo de liderazgo. Ésta se basa en los estilos de “interés por la gente” e “intereses por la producción”, rejilla que en esencia representa las dimensiones de consideración e inicio de estructura descubiertas en la Ohio State University o las dimensiones de orientación al empleado y orientación a la producción aportadas por los estudios de la Michigan University. Conforme a los resultados Blake y Mouton, los líderes alcanzan el máximo nivel de rendimiento en un estilo 9.9 en contraste con, por ejemplo, el líder 9.1 (tipo autoritario) o el líder 1.9 (tipo sociable). No existe evidencia que asegure que un estilo 9.9 sea el más eficaz en todos los casos.

No existe evidencia que asegure que un estilo 9.9 sea el más eficaz en todos los casos.

A continuación se aprecia con mayor precisión cada uno de los conceptos anteriores, de los creadores Blake y Mouton, de su rejilla sobre liderazgo.

Cuadrícula (Grid) gerencial

Grande	9	1.9				9.9				
	8	Gerencia del Country Club. Se presta mucha atención a las necesidades de las relaciones, ello crea una atmósfera agradable y amistosa en la organización y un buen ritmo de trabajo				Gerencia de equipo. Los logros del trabajo se obtienen de personas comprometidas; la interdependencia a través de una participación da origen a relaciones de confianza y respeto				
	7									
	6					5.5				
	5					Gerencia orientada a la organización y al individuo. El desempeño adecuado de las organizaciones logra equilibrando la necesidad de cumplir con el trabajo y la de mantener en un nivel el espíritu de equipo de los empleados				
	4									
	3	1.1				9.1				
	2	Gerencia empobrecida. La realización del mínimo esfuerzo por hacer el trabajo basta para sostener la organización				Autoridad obediencia. La eficiencia en las operaciones se debe al hecho de organizar las condiciones de trabajo de modo que los elementos humanos tengan un grado mínimo de intervención				
	Poco	1								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9

Cuadro 1 Cuadrícula Grid Gerencial

A continuación se presenta la cuadrícula gerencial aplicada en el proceso administrativo, esperando que pueda ser una guía o ejemplo para su aplicación en su ámbito laboral.

Resumen de la dinámica de los estilos Grid

Funciones de gerencia	1,1	1,9	5,5	9,1	9,9
Planeación	Asigno las tareas de manera amplia evitando el fijar objetivos o programas cuando esto es posible. Cada subordinado trabaja por su cuenta.	Sugiero tareas y expreso mi confianza diciendo: "Tengo la seguridad de que sabrás hacer esto y lo otro y todo saldrá bien".	Hago mis planes de acuerdo con lo que sé que mis subordinados aceptan y lo que pueden resistir. Entonces hago el plan para cada subordinado, basándome en lo que creo él pensará es razonable.	Preparo mi plan fijando cuotas de producción y detallando programa para lograrlo.	Reúno al personal que posee la información pertinente o gran interés en el resultado y reviso con ellos por completo el asunto. Formulamos de principio a fin un modelo equilibrado para obtener un armazón sobre el cual construir un programa completo. Recojo sus reacciones e ideas. Establezco con ellos objetivos y plazos de ejecución flexibles.
Organización	Si se le deja a sus propios recursos, cumplen sus tareas ya que saben sus capacidades mejor que nadie.	Los subordinados saben lo que deben hacer y cómo coordinar esfuerzos entre ellos. Sin mis consejos les escucho y les ofrezco toda la ayuda que pueda darles.	Tras explicar objetivos y programación, reparto tareas individuales. Me cerciuro de que mis subordinados piensen que lo que exijo es razonable. Les insisto a que se sientan libres de volver a consultarme si no saben cómo cumplir lo ordenado.	Fijar tareas y les explico a mis subordinados lo que deben llevar a cabo y cómo, cuándo y con quién.	Dentro del armazón total, determinemos responsabilidades, procedimientos y pautas a seguir.
Dirección	Transmito las órdenes de mis superiores a mis subordinados. Repito las cosas tan literalmente como puedo sin añadir nada de mi parte.	Me veo con mis subordinados frecuentemente y les animo a que me visiten. Mi puerta está abierta. Mi deseo es conseguirles lo que quieren, sin que tengan que pedirlo. Ésa es la forma de animar al personal.	Sigo de cerca el rendimiento de cada individuo y reviso su progreso de tiempo en tiempo. Si un subordinado encuentra dificultades, trato de aminorar la presión que se ejerce sobre él, reorganizando las condiciones de trabajo dentro de lo posible.	Sigo de cerca lo que ocurre, para asegurarme que lo que yo he autorizado se cumple.	Me informo sobre el progreso y ayudo a mis subordinados identificando problemas y revisando objetivos con ellos. Les presto ayuda cuando la necesitan, removiendo obstáculos en su paso.
Control	Hago mis visitas de inspección pero procuro no tomar acción en el acto. Así les gusta y también a mí.	Raramente me veo en situación de revisar cómo van las cosas, puesto que mis subordinados hacen todo lo que pueden. Me esfuerzo en felicitar a cada individuo por sus buenos esfuerzos. En nuestras discusiones usualmente terminamos hablando de por qué lo hicimos tan bien como lo hicimos y cómo podremos conseguir que continúen las cosas marchando igual o mejor en el futuro.	Convoco a una reunión informal para discutir la marcha de los buenos puntos y evito la crítica negativa, aunque insto a mis subordinados a que ellos mismos identifiquen sus puntos débiles. Mis subordinados saben que tomaré en cuenta sus pensamientos y sentimientos al programar las próximas tareas.	Me aseguro de que mis programas se lleven a cabo, y apuro a la gente para que vayan más rápido si el progreso lo permite. Critico, culpo a quienes se desvían de mis órdenes e impongo correctivos.	Además de la crítica que hago sobre la marcha para conseguir que los programas se cumplan a su tiempo, celebro una reunión final con los responsables. En ella evaluamos la forma en que se desarrolló el programa y procuramos aprender de la experiencia para aplicar al futuro. Premio con el mérito debido tanto al equipo como a cualquiera de sus individuos por contribuciones personales.

Tabla 1 tomada de Blake y Mouton (1980)

Teorías de contingencia

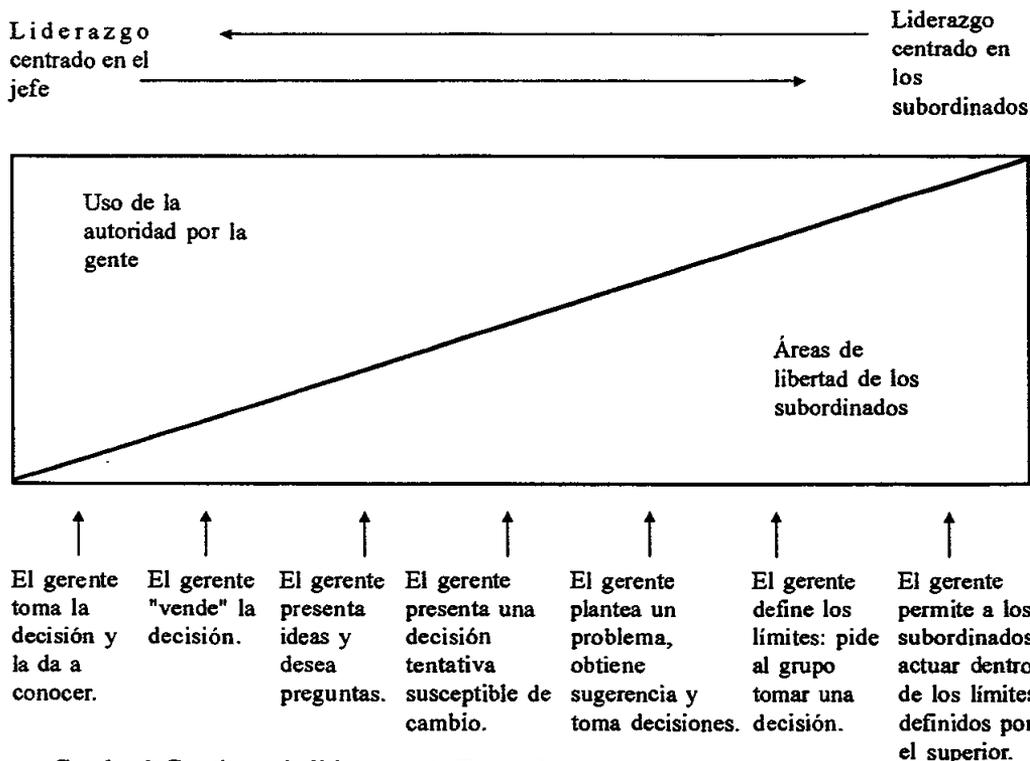
La imposibilidad de obtener resultados congruentes, como se señaló anteriormente, dio origen a un nuevo enfoque sobre el liderazgo, en donde hizo énfasis en los factores situacionales. De esta forma se dice que la eficacia del liderazgo depende de la situación y otra muy distinta logra aislar esas condiciones situacionales. De las variables situacionales más importantes en las que se han tenido éxito, se encuentran las del continuo autocrático-democrático, los modelos de Fiedler, de Hersey - Blanchard, de camino - meta y de líder - participación entre otros.

Modelo del continuo autocrático - democrático

En este modelo se analiza de la siguiente forma: en un extremo el líder toma las decisiones, ordena a sus subordinados y espera que lo obedezcan. En el otro extremo comparte con los subordinados el poder de tomar decisiones, permitiendo a cada miembro del grupo una participación igual: una persona, un voto. Entre ambos extremos caen varios estilos del liderazgo: el estilo escogido depende de las fuerzas que actúan sobre el líder, el grupo operacional y la situación. Se dice que esta forma de representar a este modelo de la teoría de la contingencia es primitivo, pero puede ser funcional en determinado momento, a continuación en el cuadro, usted podrá observar las diferencias al comparar con los modelos presentados y los siguientes.

Entre ambos extremos caen varios estilos del liderazgo: el estilo escogido depende de las fuerzas que actúan sobre el líder, el grupo operacional y la situación.

Modelo del continuo autocrático – democrático



Cuadro 2 Continuo de liderazgo de Tannenbaum.

Fiedler realizó su modelo tomando en cuenta tres aspectos básico que son los siguientes:

1. Relaciones entre líder y miembros. Este factor indica el grado de confianza, seguridad y respeto que tienen los subordinados con el líder
2. Estructura de la tarea. Es el grado en que están sistematizadas (es decir, estructuradas o no estructuradas) las asignaciones de trabajos.
3. Poder de posición. Es el grado de influencia que un líder tiene sobre las variables del poder como contratar, despedir, imponer sanciones, promover y aumentar el sueldo.

Fiedler explica que, cuanto mejores sean las relaciones entre líder y miembros, cuanto más estructurado esté el trabajo y cuanto más fuerte sea el poder de posición, mayor control o influencia tendrá el líder. Por ejemplo, una situación sumamente favorable (en la cual el líder ejercerá un gran control) puede ser la de un gerente de nóminas que goza de mucho respeto y cuyos subordinados tienen confianza en él (buenas relaciones entre líder y miembros); esa situación las actividades por realizar (como el cálculo de los sueldos, la preparación de los cheques e informes) son específicas y claras (gran estructura de las tareas) y el trabajo le da considerable libertad para premiar o castigar a los subordinados (fuerte poder de posición) En cambio, una situación desfavorable sería la de un presidente de una asociación caritativa a quien no apreciaran sus colaboradores. En este trabajo, el líder tiene escasísimo control. En resumen, al mezclar las tres variables de contingencia, hay ocho situaciones o categorías potenciales en que un líder puede encontrarse.

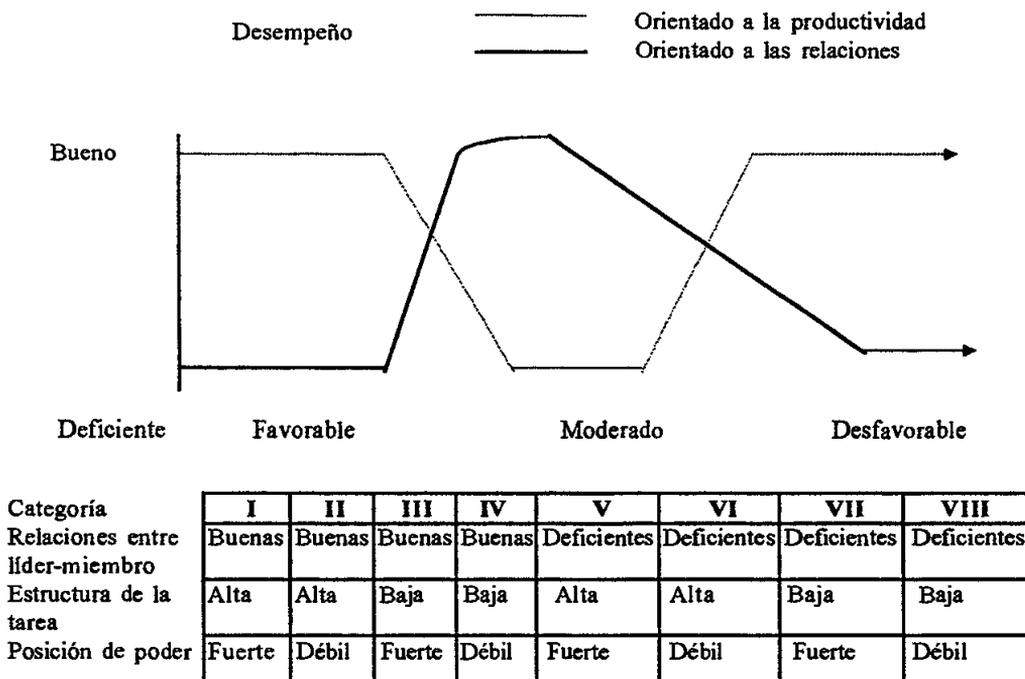


Figura 2 Modelo de Fiedler

Teoría situacional de Hersey Blanchard

Este modelo es de los más utilizados y tal vez el más representativo de la teoría situacional, Paul Hersey y Ken Blanchard. Esta se centra en los seguidores, es decir, dependiendo del comportamiento o niveles de madurez de los seguidores le corresponde una forma de ejercer el estilo del liderazgo.

Se dice que la importancia concedida a los seguidores, denota el hecho de que son ellos quienes aceptan o rechazan al líder. Sin importar lo que él haga, la eficiencia se basa en las acciones de sus seguidores. Se trata de una dimensión fundamental que ha sido omitida o que no ha recibido la importancia que merece en la mayor parte de las teorías sobre el liderazgo.

Con respecto a la palabra madurez Hersey y Blanchard, la definen como la capacidad y deseo de las personas de asumir la responsabilidad de dirigir su propio comportamiento. Esta se ubica en dos componentes: madurez para el trabajo y madurez psicológica. En el caso primero se refiere a los conocimientos y destrezas. Los que la poseen tienen el conocimiento, capacidad y experiencia para realizar su trabajo sin la dirección de otros. La madurez psicológica denota la disposición o motivación para hacer algo. Quienes la poseen en alto grado no necesitan un fuerte aliento externo; ya están motivados intrínsecamente.

Hersey y Blanchard retoman los conceptos que señaló Fiedler, pero los enriquecen y le aumenta alta o baja (tarea o relación) y luego combinarlas en cuatro estilos específicos del liderazgo que son: ordenar, persuadir (vender), participar y delegar. A continuación se describen cada estilo.

Ordenar (gran orientación a la productividad - poca orientación a las relaciones interpersonales). El líder define los roles y le dice a las personas cuándo, cómo y qué cosas hacer. Se pone de relieve el comportamiento directivo, el directivo no le da importancia a buen trato y en ocasiones se le puede ubicar, como tirano.

Persuadir (gran orientación a la productividad - gran orientación a las relaciones interpersonales). El líder tiene un comportamiento directivo y de apoyo a la vez, El directivo es convincente antes que ser impositivo.

Participar (poca orientación a la productividad - gran orientación a las relaciones interpersonales). El líder y el seguidor participan en la toma de decisiones, siendo la función principal del líder facilitar y comunicar, El directivo tiende a ser muy sociable y es poco dedicado al trabajo, en ocasiones se puede ubicar como muy bueno en relaciones públicas.

Delegar (poca orientación a la productividad - poca orientación a las relaciones interpersonales) El líder brinda poca dirección y apoyo, cuando existe un grupo

maduro y el líder ha sabido conducir, ya no es necesaria su presencia ni su dirección como en los casos anteriores. Por otra parte definen cuatro etapas de la madurez, que a continuación se describen.

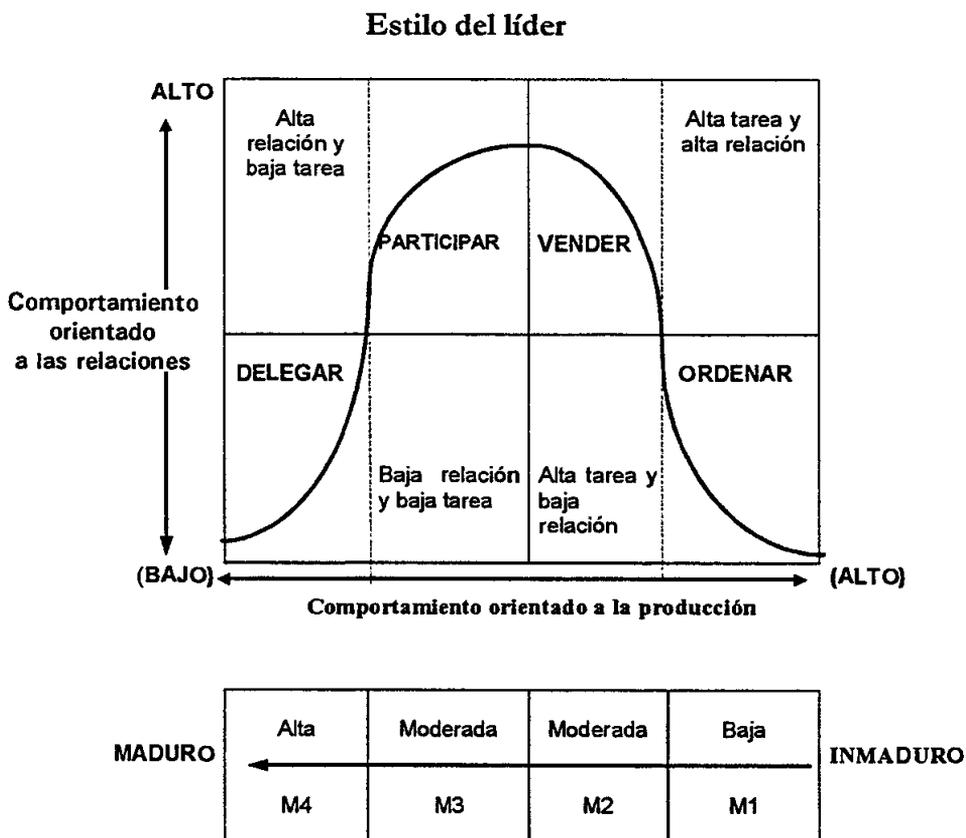
M1. El individuo no puede ni quiere asumir la responsabilidad de hacer algo. No es competente ni tiene seguridad en sí mismo

M2. El individuo no puede ni quiere hacer las tareas necesarias del puesto. Se siente motivado, pero le faltan las habilidades apropiadas.

M3. El individuo puede, pero no quiere hacer lo que desea hacer el líder.

M4. El individuo puede y quiere hacer lo que se le pide.

En éste ultimo el líder tiene poco que hacer, ya que los seguidores sí quieren y pueden asumir la responsabilidad del trabajo. Como se puede observar existe bastante semejanza en los estilos de liderazgo propuestos por Hersey y Blanchard y los cuatro ángulos extremos en la cuadrícula gerencial. El estilo de ordenar equivale al líder 9.1; el vender al 9.9; el de participar equivale a 1.9; y el de delegar es lo mismo que el líder: 1.1. Observe el cuadro y compare.



Cuadro 3 Modelo del liderazgo situacional por Hersey y Blanchard

Estilos básicos de dirección:

De este modelo se derivan los estilos básicos de dirección en los se describen sus características, usted puede observarlos conforme al cuadro anterior (3).

ORDENAR: este estilo se caracteriza por estar altamente orientado hacia la tarea, pero con poca atención hacia la relación o los elementos del proceso socioafectivo. Se considera al líder como poseedor de métodos bien definidos para la realización de metas importantes para sus seguidores. Ocasionalmente este estilo puede generar percepciones de actitudes impositivas y desagradables, en donde el interés está basado en resultados a corto plazo.

VENDER: este estilo está altamente orientado tanto hacia la tarea como a la relación. Se considera que satisface las necesidades del grupo para el establecimiento de metas y la organización del trabajo, proporcionando altos niveles de apoyo socioemocional.

PARTICIPAR: se caracteriza por estar fuertemente orientado hacia la relación, pero con baja preocupación por la tarea. Se considera que tiene una confianza implícita en la gente y que su principal interés está en facilitar la realización de sus metas. El líder está especialmente interesado en la armonía, algunas veces se considera que no desea realizar una tarea si implica arriesgar una buena relación o perder la imagen de “buena persona”.

DELEGAR: este estilo está orientado en forma baja tanto a la tarea como a la relación, delegando apropiadamente las decisiones a sus subordinados sobre la realización del trabajo, proporcionando poco apoyo socioemocional o solo cuando el grupo lo requiere. Se considera que el líder proporciona poca estructura o apoyo socioemocional.

Dimensiones de dirección

El rol del directivo o subdirector administrativo se orienta a prever adecuadamente las situaciones por las cuales puede atravesar una unidad de la seguridad social (“negocio”), bajo un enfoque sintético; es decir, no tan solo establecer propósitos en función de la obtención de utilidades, si no maximizar el potencial humano (valores, actitudes y capacidades del personal), así como adecuar la misión del hospital a mejorar el bienestar social de acuerdo al bien o servicio que proporciona buscando el equilibrio económico del medio en el cual opera. Es a través del estilo apropiado y oportuno que todo líder debe ejercer, de tal forma que se pueden identificar dimensiones del comportamiento relacionadas con la orientación hacia la tarea o la relación, como se puede apreciar en la siguiente tabla:

Es a través del estilo apropiado y oportuno que todo líder debe ejercer, de tal forma que se pueden identificar dimensiones del comportamiento relacionadas con la orientación hacia la tarea o la relación.

Dimensiones del comportamiento hacia la tarea	Indicador de comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Fijar Metas 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado en que el líder especifica las metas que la gente debe alcanzar.
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiza el trabajo de los subordinados.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer límites de tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece límites de tiempo a las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir 	<ul style="list-style-type: none"> • Da instrucciones precisas.
<ul style="list-style-type: none"> • Controlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Especifica y exige informes periódicos sobre avances.
Dimensiones del comportamiento de relación	Indicador de comportamiento:
<ul style="list-style-type: none"> • Dar apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado en que el líder proporciona apoyo e incentivo.
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar 	<ul style="list-style-type: none"> • Involucra a las personas para que participen en las discusiones sobre actividades laborales.
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar interacciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita la convivencia entre las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca y escucha las opiniones y preocupaciones de las personas.
<ul style="list-style-type: none"> • Retroalimentar 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona información sobre el desempeño de las personas.

Tabla 2

Ejercicios de autoevaluación

Autodiagnóstico, identificación de su estilo de liderazgo.

Para determinar su estilo de liderazgo, conteste el siguiente inventario. Al referirse a su grupo piense en los cinco o diez colaboradores actuales más cercanos a usted. Trate de ser lo más objetivo posible al descubrir su comportamiento como dirigente.

Instrucciones

Lea con cuidado cada una de las diez situaciones que aparecen a continuación y distribuya diez puntos entre las cuatro alternativas que se le presentan para cada situación, de acuerdo con la proximidad que tenga cada una de ellas con el comportamiento que tendría como jefe de grupo de trabajo, en condiciones semejantes.

Distribuya siempre diez puntos. Nunca use más de diez ni menos de cinco puntos. Puedes usar ceros si lo consideras apropiado como en el siguiente ejemplo:

Cuando tengo conflictos con mis colaboradores:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 2 Tomo los pasos necesarios para que la situación no llegue a mayores. | <input type="checkbox"/> 0 Actúo con mano dura e impongo mi opinión. | <input type="checkbox"/> 3 Discuto abiertamente la situación y la resolvemos juntos. | <input type="checkbox"/> 5 Doy tiempo para que las cosas se resuelvan por sí solas. |
|---|--|--|---|

(2+0+3+5= total de puntos 10)

Autodiagnóstico

1. Cuando la productividad de mis colaboradores desciende, entonces:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resalto la obligación de cumplir con la tarea | <input type="checkbox"/> Hablo con ellos y pongo metas para asegurarme de que el trabajo se cumpla. | <input type="checkbox"/> Estoy abierto a discutir la situación pero no los presiono. | <input type="checkbox"/> No intervengo de inmediato y vigilo cómo van las cosas. |
|--|---|--|--|

2. Cuando la productividad de mis colaboradores aumenta

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Les señalo la importancia de las tareas que ellos realizan. | <input type="checkbox"/> Me muestro amistoso, pero continuo cerciorándome de que estén conscientes de su papel. | <input type="checkbox"/> Hago que se sientan importantes y que participen en las tareas. | <input type="checkbox"/> No toma una acción definida y actúo en forma natural. |
|--|---|--|--|

3. Cuando mis colaboradores no pueden resolver un problema

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Actúo rápido y con firmeza pra dar solución. | <input type="checkbox"/> Hago que juntos lo solucionemos, bajo mi supervisión. | <input type="checkbox"/> Hago que se sientan importantes y que participen en las tareas. | <input type="checkbox"/> Los dejo trabajar y utilizar sus propios recursos. |
|---|--|--|---|

4. Cuando hay que hacer un cambio en el trabajo

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anuncio los cambios y superviso su cumplimiento. | <input type="checkbox"/> Escucho los puntos de vista de mis colaboradores y decido sobre el camino. | <input type="checkbox"/> Invito a mis colaboradores a que participen en el desarrollo del cambio. | <input type="checkbox"/> Permito que mis colaboradores formulen e implanten el cambio. |
|---|---|---|--|

5 Cuando hay que redefinir las metas y funciones

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Las redefino y vigilo que se lleven a cabo. | <input type="checkbox"/> Incorpora las recomendaciones que hacen mis colaboradores pero vigilo que se cumplan las metas. | <input type="checkbox"/> Permito que mis colaboradores intervengan y lleguemos a un acuerdo. | <input type="checkbox"/> Dejo que mis colaboradores redefinan las metas y funciones. |
|--|--|--|--|

6. Cuando hay conflictos interpersonales en el grupo de trabajo

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intervengo e impido que l situación afecte la realización de la tarea. | <input type="checkbox"/> Platico con los involucrados y ayudo a resolver el conflicto. | <input type="checkbox"/> Invito a las personas a que resuelvan el conflicto en forma racional. | <input type="checkbox"/> No intervengo y dejo que las personas lo resulevan con sus propios recursos. |
|---|--|--|---|

7. Cuando tengo conflicto con mis colaboradores

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Actúo con mano dura e impongo mi opinión. | <input type="checkbox"/> Tomo los pasos necesarios para que la situaciónno llegue a mayores. | <input type="checkbox"/> Discuto abiertamente la situación y la resolvemos juntos. | <input type="checkbox"/> Doy tiempo para que las cosas las resuelvan ellos mismos. |
|--|--|--|--|

8. Cuando hay que tomar decisiones

- Las tomo bajo mi dirección y responsabilidad.
- Platico con mis colaboradores y después tomo la decisión.
- Tomamos la decisión de común acuerdo.
- Dejo que mis colaboradores tomen la decisión y evalúo los resultados.

9. Cuando hay fallas de disciplina en el grupo

- Aplico con rigor las políticas establecidas.
- Me comunico con el grupo para establecer las causas y las corrijo.
- Busco que la situación se corrija con la participación activa del grupo.
- Apelo al sentido de responsabilidad de las personas, sin ejercer mucha presión.

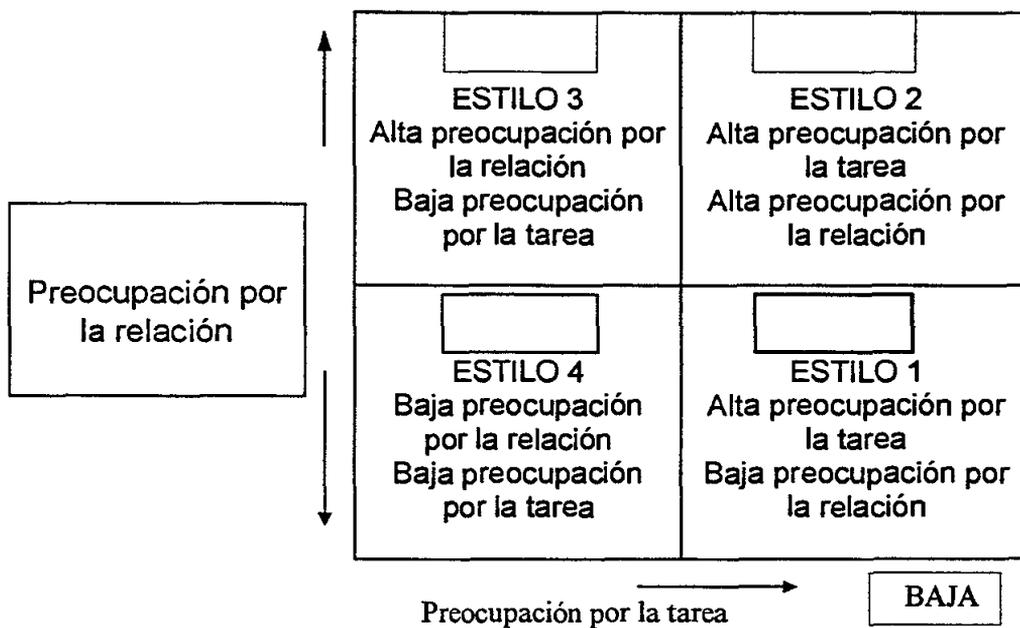
10. Cuando se presentan situaciones tensas

- Trato de afrontarlas solo.
- Busco otras opiniones y las incorporo a mi criterio.
- Comparto la situación con mis colaboradores.
- Sé que con mi grupo de trabajo la situación se resolverá favorablemente.

	Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4
SUMAS				

Instrucciones para calificar el inventario

Al terminar el inventario, suma las calificaciones que obtuviste en cada columna y exprésalos como un porcentaje, por ejemplo si obtuviste quince puntos equivale a 15%. Los cuadrantes de la gráfica que se presentan a continuación equivalen a cada una de las columnas; anota en cada uno de los recuadros el porcentaje que obtuviste en cada columna.



Analiza tu mezcla, por lo que tu estilo predominante es el número: _____

Bibliografía

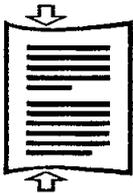
Blake, Robert R. y Mouton, Jane S.(1980). *El nuevo Grid Gerencial*- México, Edit. Diana.

Robins, S. (1987). *Comportamiento organizacional*.- Ed. Prentice Hall. México.

García López, Jesús E. (1996). *Seminario El liderazgo y el arte de la dirección*.- Expresión XXI A.C. México.

Tema 3. Teorías de la motivación

Por José Miguel Hernández Barajas



Resumen

Durante el proceso administrativo, la fase de dirección le corresponde entre otras funciones, la de comprender las conductas humanas y los factores motivacionales que intervienen en la relación hombre - empresa.

Por una parte, la conducta es lo visible de toda respuesta humana, es en esta donde se pueden medir las capacidades y las aptitudes, ya que sus manifestaciones, por sí solas nos están reflejando un conjunto de aprendizajes, mientras que las motivaciones son el motor que genera cualquier conducta. Es decir, la conducta se puede ver pero la motivación sólo la experimenta el individuo por medio de factores internos y externos, por esa razón se torna difícil que una persona externa pueda satisfacerlos en su totalidad. Por eso se dice que se puede satisfacer solo si se ajusta a sus patrones de necesidades o carencias. Por ende, las recompensas son aproximaciones más o menos aceptables o patrones, ya que son reforzadores generalizados.

Tema 3. Teorías de la motivación

Por José Miguel Hernández Barajas

El ser humano desde sus inicios ha sentido la necesidad de ser reconocido, tanto en su persona como en lo que hace, por eso en las organizaciones es muy importante tomar en cuenta esos factores motivacionales. La motivación es un término genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos y fuerzas similares. Decir que los directivos motivan a sus colaboradores, es decir que realizan cosas con las que esperan satisfacer esos impulsos y deseos e inducir a los colaboradores a actuar de determinada manera.

Ahora bien, los motivadores son cosas que inducen a un individuo a alcanzar un alto desempeño. Mientras que las motivaciones son reflejo de deseos, los motivadores son las recompensas o incentivos ya identificados que intensifican el impulso a satisfacer esos deseos. Son también los medios por los cuales es posible conciliar necesidades contrapuestas o destacar una necesidad para darle prioridad sobre otra .

Por otra parte la motivación se refiere al impulso y esfuerzo por satisfacer un deseo o meta. La satisfacción se refiere en cambio al gusto que se experimenta una vez que se ha cumplido un deseo. En otras palabras, la motivación implica un impulso hacia un resultado, mientras que la satisfacción es el resultado ya experimentado.

A continuación se analizarán en forma breve los principales enfoques de las teorías motivacionales aplicadas en la administración del recurso humano, conforme a la *Teoría X y Y de McGregor*.

Supuestos de la teoría X

- Los seres humanos promedio poseen un disgusto inherente por el trabajo y lo evitarán tanto como sea posible
- Dada esta característica humana de disgusto por el trabajo, la mayoría de las personas deben ser obligadas, controladas, dirigidas y amenazadas con castigos para que empujen los esfuerzos necesarios para el cumplimiento de los objetivos organizacionales.
- Los seres humanos promedio prefieren que se

Supuestos de la teoría Y

- La inversión de esfuerzo físico y mental en el trabajo es tan natural como el juego o el descanso.
- El control externo y la amenaza de castigo no son los únicos medios para producir esfuerzos dirigidos al cumplimiento de objetivos organizacionales. Las personas ejercen autodirección y autocontrol en favor de los objetivos con los que se comprometen.
- El grado de compromiso con los objetivos está en proporción con la importancia de las recompensas asociadas con su cumplimiento.
- En las condiciones adecuadas, los seres humanos promedio aprenden no solo a aceptar responsabilidades, sino también a buscarlas.
- La capacidad de ejercer un grado relativamente alto de imaginación, ingenio y creatividad en la solución de problemas organizacionales se halla amplia, no estrechamente, distribuida en la población.
- En las condiciones de la vida industrial moderna, las potencialidades intelectuales de los seres humanos promedio se utilizan sólo parcialmente.

Como se puede notar en estos supuestos difieren en esencia entre ellos, porque la teoría X es pesimista, estática y rígida. De acuerdo con esta el control es externo, es decir, el superior lo impone al subordinado. En la parte contraria, la teoría Y es optimista, dinámica y flexible, permite la autodirección y en la integración de las necesidades individuales a las demandas organizacionales. Por lo tanto, los factores motivacionales están dirigidos en el segundo, mientras que en la teoría X no se pueden considerar los factores motivacionales por el tipo de pensamiento, que es rígido.

La teoría X es pesimista, estática y rígida. De acuerdo con esta el control es externo, es decir, el superior lo impone al subordinado.

Teoría de las necesidades

Ésta es una de las teorías más conocidas sobre la motivación, teoría de la jerarquía de las necesidades propuesta por A. Maslow. Este autor explicó que las necesidades humanas cuentan con jerarquías, que se distribuyen de abajo hacia arriba, concluyendo que toda vez satisfecha una serie de necesidades, éstas dejan de funcionar como motivadores. Es importante hacer la anotación que estas jerarquías se pueden cumplir en forma parcial, para así llegar a autorrealizarse. A continuación se describen cada una de ellas, empezando por la básica.

1. **Necesidades fisiológicas.** Éstas son las necesidades básicas para el sustento de la vida humana, tales como alimentos, agua, calor, abrigo y sueño. Según Maslow, en tanto estas necesidades no sean satisfechas en el grado indispensable para la conservación de la vida, las demás no motivarán a los individuos.
2. **Necesidades de seguridad.** Éstas son las necesidades para librarse de riesgos físicos y del temor a perder el trabajo, la propiedad, los alimentos o el abrigo.
3. **Necesidades de asociación o aceptación.** En tanto que seres sociales, los individuos experimentan la necesidad de pertenencia, de ser aceptados por los demás.
4. **Necesidades de estimación.** De acuerdo con Maslow, una vez que las personas satisfacen sus necesidades de pertenencia, tienden a desear la estimación tanto propia como de los demás. Este tipo de necesidad produce satisfacciones como poder, prestigio, categoría y seguridad en uno mismo.
5. **Necesidad de autorrealización.** Maslow consideró a ésta como la necesidad más alta de su jerarquía. Se trata del deseo de llegar a serlo que se es capaz de ser; de optimar el propio potencial y de realizar algo valioso.

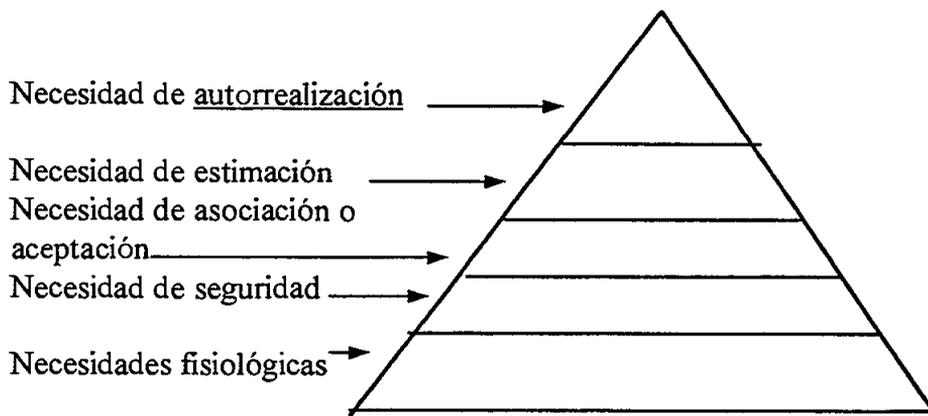


Figura 3 Jerarquía de las necesidades de A. Maslow.

Teoría de la equidad

Un factor importante en la motivación es si los individuos perciben como justa o no la estructura de recompensas. Uno de los medios para abordar este asunto es la teoría de la equidad, la cual se refiere a los juicios subjetivos de los individuos acerca de lo justo de la recompensa obtenida en relación con los insumos (los que incluyen muchos factores, como esfuerzo, experiencia y nivel de estudios) y en comparación con las recompensas obtenidas por los demás. Adams propuso la fórmula para la teoría de la equidad (o inequidad), que es la siguiente:

$$\frac{\text{Resultados de una persona}}{\text{Insumo de una persona}} = \frac{\text{Resultados de otra persona}}{\text{Insumos de otra persona}}$$

Debe haber equilibrio entre la relación resultados/insumos de una persona y la de otra. Si la gente considera que se le ha recompensado inequitativamente, puede sentirse insatisfecha, reducir la cantidad o calidad de su producción o abandonar la organización. Por el contrario, percibe que las recompensas exceden lo que se considera equitativo, quizá trabaje más arduamente (en este caso se genera un sentimiento de deudor), aunque también es posible que las desestime.

Uno de los problemas que pueden surgir en estas circunstancias es que los individuos sobrestimen sus contribuciones y las recompensas que reciben los demás. Los empleados pueden tolerar por un tiempo ciertas inequidades. Pero la persistencia de la sensación de iniquidad puede resultar en reacciones desmedidas a sucesos evidentemente menores. Por ejemplo, un empleado al que se llame la atención por un retraso de unos cuantos minutos puede enojarse y optar por dejar de trabajar como lo venía haciendo, no tanto a la llamada de atención como a su duradera percepción de que las recompensas a sus contribuciones son injustas en comparación con las recompensas de los demás (en este caso se genera un sentimiento de víctima del sistema). De igual manera, una persona puede sentirse sumamente satisfecha con un salario semanal de 500 pesos hasta enterarse que otra persona que realiza un trabajo similar gana 50 pesos más, porque considera que él merece ganar más, porque se considera que es más trabajador o merecedor de reconocimientos, debido al sentimiento de ser víctima.

La persistencia de la sensación de iniquidad puede resultar en reacciones desmedidas a sucesos evidentemente menores.

Teoría del reforzamiento

B.F. Skinner creó una interesante técnica de motivación, conocida como reforzamiento positivo o modificación de la conducta. Esta postura sostiene que los individuos pueden ser motivados mediante el adecuado diseño de sus condiciones de trabajo y el elogio por su desempeño, mientras que el castigo al desempeño deficiente produce resultados negativos, por lo que éste último no se debe utilizar, solo en casos excepcionales.

En este enfoque conductual es básico, que si se hace un programa de conducta, se elabore una lista de los reforzamientos tanto primarios como secundarios, por lo tanto son motivos primarios (son mantenedores de vida) como el hambre y el alimento, la sed y el agua, el dolor y la liberación del dolor. Los motivos secundarios son aquellos que se adquieren por medio de la experiencia y aquellos que no son fundamentales para vivir. La necesidad de poder, de aprobación, de logro y los medios para satisfacerlas. A continuación se describe un programa de conducta.

Los motivos secundarios son aquellos que se adquieren por medio de la experiencia y aquellos que no son fundamentales para vivir.

Programa de reforzamiento

Razón fija (RF)	El trabajador tiene que dar un número fijo de respuestas para recibir una recompensa. Por ejemplo, podría darse una recompensa por cada segunda, décima o trigésima respuesta al llegar temprano a su trabajo.
Intervalo fijo (IF)	La recompensa sigue a la primera respuesta para que ocurra después de un lapso determinado, como sería treinta segundos (IF 30)
Razón variable (RV)	Las recompensas son irregulares, pero ocurren después de varias respuestas que se promedian hasta un número determinado. En un programa de RV 10, la recompensa se daría por la primera respuesta o la trigésima después de la respuesta previamente recompensada, pero en promedio después de diez respuesta. Por ejemplo, podrían ocurrir cinco recompensas después de una, cuatro, diez catorce y veintiuna respuestas. Promediando $1+4+10+14+21 = 50$; $50 / 5 = 10$. De ahí proviene la designación de RV.
Intervalos variables (IV)	Las recompensas siguen a las primeras respuestas después de lapsos variables que promedian hasta cierto valor. Si el promedio de estos lapsos variables fuera de treinta segundos, este programa se llamaría un programa de IV 30

Tabla 3

Finalmente cuando la conducta no se le refuerza (se incentiva o “estimula”), en un periodo prolongado o por medio de un programa de extinción (este último término se refiere a: terminación, acabar), se sucede lo que se conoce como extinción (terminación o muerte de la conducta). Es importante resaltar que la extinción también se puede presentar al castigar al sujeto en forma severa, ya sea corporal o en forma verbal, esto tiene que ser muy fuerte el castigo para pueda tener resultados exitosos porque de lo contrario se estará reforzando en forma negativa, por eso es que algunas personas, el castigo los refuerza en forma negativa, manteniendo conductas indeseables.

Ejercicios de autoevaluación

¿Qué es motivación hombre - empresa?

Identifique la forma en que motivan a su personal y a usted mismo.

Describa cuáles son las recompensas o incentivos con los que cuenta su personal y usted mismo.

Elabore una lista de premios que usted pudiera aplicar a sus trabajadores más cercanos, utilizando un programa de reforzamiento posteriormente a la misma.

Bibliografía

Morris, Charles G. (1987) *Introducción a la psicología*. Ed. Prentice dm.-México, D.F.

Koontz, Harold y Weihrich, Heinz. (1999) *Administración una perspectiva global*.- Edit. McGraw Hill.- México D.F.

Chiavenato, Idalberto (1989). *Administración a la teoría general de la administración*.- Edit. McGraw Hill.- México D.F.

Tema 4. Manejo del conflicto y negociación

Por José Miguel Hernández Barajas



Resumen

Ahora se sabe que el conflicto surge del desacuerdo (o choque) respecto a las metas o a los métodos con que se alcanzan, y que en las organizaciones es inevitable el conflicto entre distintos intereses y, en ocasiones el grado de conflicto es importante, ya que se considera que son los ajustes intra e interpersonales, dando paso a oportunidades para desarrollarnos, y hasta en cierto grado nos permite enfrentarnos a nuevos retos. Por esta razón no se deben eliminar los conflictos, más bien se deben canalizar con elementos creativos y productivos.

Cuando se nos presentan los obstáculos o barreras para conseguir aquello que otra persona tiene o nos está bloqueando para poder obtenerlo, entonces necesitamos negociar para lograr lo que queremos, el arte de conseguir lo que queremos se logra con la negociación efectiva, ganando - ganando, es decir, en el arte de la guerra, se gana limpiamente cuando no existe el derramamiento de sangre, sin violencia y convencidos de no pelear, estableciendo respeto mutuo.

Tema 4. Manejo del conflicto y negociación

Por José Miguel Hernández Barajas

En los últimos años se ha convertido en un área central del interés y la investigación en el comportamiento organizacional. Los hechos prueban que ese interés está plenamente justificado, pues el tipo e intensidad del conflicto sí afecta al comportamiento del grupo.

Una definición del conflicto

Es preciso que el conflicto sea percibido por las partes. Su existencia o inexistencia es una cuestión de percepción. Si nadie se percata de él, se acepta generalmente que no hay conflicto. Desde luego, los conflictos percibidos no siempre son reales, en tanto que muchas situaciones que podrían describirse como conflictivas no lo son, ya que los miembros del grupo no las perciben como tales. Así pues, para que exista un conflicto, es necesario percibirlo. La definición etimológica del conflicto que proviene del latín, es la siguiente: *Conflictus* – *Confligere*, igual a luchar.

Es preciso que el conflicto sea percibido por las partes. Su existencia o inexistencia es una cuestión de percepción.

Se puede ejemplificar el conflicto como un proceso en el cual la persona X hace un esfuerzo intencional para anular los esfuerzos de la persona Y mediante una clase de bloqueo, que hará que la persona Y no consiga alcanzar sus metas o lograr sus intereses, estableciéndose así una lucha inicial o que no pudiera tener fin.

Conforme a la definición anterior, al surgir el conflicto por el desacuerdo respecto a las metas o a los métodos que se quieren lograr, se ven impedidos por los desacuerdos o malos entendido. En las organizaciones es inevitable el conflicto entre distintos intereses y, en ocasiones el grado de conflicto es importante, ya que éstos representan ajustes.

El conflicto interpersonal surge de diversas fuentes, entre ellas: Cambio organizacional, choques de personalidad, amenazas del estatus, percepciones y puntos de vista contrarios así como a distintos conjuntos de valores y creencias (paradigmas). En éste último punto se resaltan los supuestos valores y la forma en que influyen en las organizaciones, con la tendencia a eliminarlas por creer que son nocivas, a continuación se relaciona algunos de los pensamientos que acompañan tanto a las creencias como a los valores, en donde se dice:

1.- *De que el hombre es esencialmente malo y su tendencia a considerarlo bueno:* La idea de la maldad del hombre ha generado formas y prácticas de organización hechas para controlar, limitar, revisar, inhibir y castigar. En el seno de algunas organizaciones se observa una falta de respeto hacia la individualidad de las personas.

2.- *De que las personas no cambian y su tendencia a considerar que están en formación constante:* El hombre es un ente dinámico y por la misma razón está en transformación constante, aunque algunos de sus atributos persisten y son constantes.

3.- *Del temor a las diferencias individuales y su tendencia a aprovecharlas:* Hasta hace poco tiempo las instituciones buscaban a las personas con características similares para tratar de disminuir las posibilidades de conflicto, pero ahora se comienza a percibir que las diferencias sociales, de formación académica y de personalidad son altamente funcionales, ya que dichas diferencias proporcionan coyunturas para que se genere la creatividad.

A través de los años los pensadores han explicado mediante posturas filosóficas que abordan y analizan la ontología del conflicto, desde luego cada una de ellas dejan aportaciones, a continuación se presentan algunas de ellas.

Las diferencias sociales, de formación académica y de personalidad son altamente funcionales, ya que dichas diferencias proporcionan coyunturas para que se genere la creatividad.

Concepción tradicional

El enfoque inicial del conflicto supuso que éste era malo. Se le consideraba negativo, y se usaba como sinónimo de la violencia, la destrucción y la irracionalidad para reforzar su connotación peyorativa. El conflicto puede concebirse por definición, como una cosa perjudicial que es necesario evitar. El enfoque tradicional correspondía a las actitudes referentes al comportamiento de grupo en la década de 1930 y 1940. A partir de los hallazgos aportados por estudios como los ejecutados en Hawthorne, se afirmaba que el conflicto es una consecuencia disfuncional debida a una comunicación deficiente, a la falta de apertura y de confianza entre las persona y la incapacidad de los gerentes de interesarse por las necesidades y aspiraciones de sus empleados.

Teoría conductual

Este enfoque afirma que el conflicto es un proceso natural en todos los grupos y organizaciones. Por ser inevitable el conflicto la escuela conductual propuso la aceptación del mismo. Racionalizó su existencia: es imposible eliminarlo, y además hay ocasiones en que redundan beneficio del desempeño de un grupo. La teoría conductual imperó de fines de 1940 hasta mediados de 1950.

Teoría interaccionista

La perspectiva actual del conflicto es la teoría interaccionista. La teoría conductual aceptaba el conflicto, y en cambio esta lo alienta basándose en el postulado de que un grupo armonioso, tranquilo, pacífico y cooperativo tiende a volverse estático, apático e indiferente a las necesidades de cambiar e innovar. Así pues, la principal aportación del enfoque consiste en estimular a los líderes del grupo a mantener un nivel mínimo de conflicto: lo suficiente para que siga siendo viable, autocrítico y creativo. Teniendo en cuenta los postulados de la teoría interaccionista, resulta evidente que es incorrecto e ingenuo afirmar que el conflicto siempre es bueno o siempre es malo, pues eso depende del tipo de conflicto.

Teoría cognoscitiva

Albert Ellis (1962) basa su teoría en el supuesto de que nuestras evaluaciones, creencias, ideas, interpretaciones y filosofías son de carácter consciente e inconsciente. De tal forma que lo irracional del pensamiento o la construcción de estos nos conduce a problemas emocionales. Este conjunto de ideas que se consideran irracionales se debe a la rigidez, constructos falsos, no son congruentes ni se adecuan a la realidad y llevan una falsa percepción. Estos problemas psicológicos que surgen de percepciones erróneas y cogniciones inadecuadas acerca de lo que percibimos, de su hiperacción o hiporeacción a estímulos normales o inusitados, son responsables en gran medida de sentimientos de ansiedad, ignorancia y culpabilidad, que pueden ser utilizados por otras personas para obligarnos a hacer lo que ellos quieren independientemente de si nosotros queremos o no hacerlo, generando entre otros, la manipulación en las organizaciones o en forma individual.

Finalmente, cuando se quiere solucionar un conflicto, buscamos formas o ayudas para eliminar o reducir nuestra ansiedad por medio de estrategias. Un vez elegidas y puestas en práctica, las estrategias influyen de modo decisivo en los resultados (triunfo o derrota). Las estrategias más simples se centran en la cooperación o competencia, pero un enfoque muy común revela que hay por lo menos cuatro estrategias distintas, ha saber:

Estrategia de resolución	con su resultado probable
Evitación: alejarse física o mentalmente del conflicto	Perder-Perder <i>Disgusto por ambas partes</i>
Suavización: adaptarse a los intereses del otro	Perder - Ganar <i>Disgusto por una parte y Satisfacción por la otra parte</i>
Imposición: servirse de tácticas del poder para ganar	Ganar - Perder <i>Satisfacción por una parte y Disgusto por la otra parte.</i>

Confrontación: afrontar directamente el conflicto y llegar a una solución mutuamente satisfactoria. Ganar - Ganar

Satisfacción por ambas partes.

Es importante recordar que para una efectiva solución a los conflictos son: identificar con claridad el conflicto, buscando el origen del mismo, por medio de un diagnóstico, confrontar en el momento, ubicarse en tiempo y espacio adecuado, y no dejarlo para después. Escuche, preste atención a los sentimientos y el tono emocional de los mensajes, escuchar con simpatía es fundamentalmente para poder negociar el conflicto.

“Si el cliente gana, la Seguridad Social gana y si tu ganas, todos ganan”

Negociación

“Los esfuerzos y las buenas intenciones, se le premiarán en el cielo,
los resultados aquí en la tierra”

Anónimo

El abordaje y resolución saludable de un conflicto conlleva necesariamente el establecimiento de objetivos específicos, esto es, llegar a ciertos puntos de acuerdo. A ello se dedica la estrategia conocida como negociación.

Si quien se encuentra en un conflicto ha realizado adecuadamente las fases de análisis causal y acopio de información, podrá con toda facilidad evaluar si cuenta con los elementos suficientes para intentar resolver el conflicto, o bien darle algún otro tratamiento, esto es, demorarlo, evitarlo o ignorarlo.

En caso de haber llegado a la conclusión de que sí se cuenta con suficientes elementos como para resolver el conflicto se deberán de establecer objetivos específicos de la negociación. Esto significa que no necesariamente se debe esperar que en un primer encuentro de negociación se alcance la resolución total del conflicto, sino que más bien se debe pensar en términos de pequeños, pero significativos pasos que vayan llevando a acuerdos satisfactorios para las partes en conflicto; existen muchos ejemplos de negociación, como es el caso del EZLN y El Gobierno de México, en el que están en proceso de negociación.

No necesariamente se debe esperar que en un primer encuentro de negociación se alcance la resolución total del conflicto.

Si queremos ir más allá de un conflicto y darle una solución correcta se dice que se debe reconocer desde un principio los síntomas de los problemas de los miembros del grupo (respecto a la individualidad tanto los personales como los relacionados con el trabajo), deberá estar alerta para reducir al mínimo los malentendidos en la comunicación de persona a persona, deberá tratar de llegar a una comunicación efectiva considerando los problemas que se presentan en torno a ella. Se considera

que existen dos elementos necesarios en nuestras relaciones exitosas: empatía, es la capacidad de ponerse en el lugar de los demás y entender “su mundo personal de significados»; aceptación, que es sentirse bien respecto a lo que hace otra persona, pues ello no le ocasiona problemas. Ambos elementos facilitan la resolución de problemas y dan como resultado una mayor satisfacción de necesidades.

El negociador hábil debe de saber que él sí puede influir en su cliente, por lo que éste terminará por aceptar las condiciones o peticiones. La forma de poder influenciar a nuestros clientes (usuarios, derechohabientes o compañeros de trabajo), es en dos aspectos básicos, la persona con sus habilidades y la otra, la habilidad para manejar el medio ambiente.

La forma en que el negociador puede influir a otra persona es por medio de su voz, silencio y las ayudas visuales. El negociador necesita usar su voz, en forma moderada, con la cadencia necesaria, pausadamente en vez de más alto, el tono y un volumen adecuado ya que éste puede mantener la atención de su interlocutor. El uso de las pausas, es muy provechoso tanto para el orador como para el oyente. (Se puede pensar más), las imágenes visuales, pueden ser muy poderosas, y se deben usar con la precaución adecuada. El principal peligro reside en enseñar demasiado material visual. Es muy fácil cometer el error de preparar imágenes, una tabla, o un gráfico, con demasiado cuidado para luego encontrar que simplemente perjudican el desarrollo de las negociaciones. El cerebro humano solo puede absorber una cantidad limitada de información; además de que se vuelve confuso cuando se le presenta un cuadro complicado. Si esto pasa, estaremos perjudicando el desarrollo de la negociación. De tal suerte que un buen negociador debe estar muy atento a los siguientes aspectos: Saber escuchar, ya que de esta forma estará preparando el terreno, para una respuesta inmediata y certera; el saber escuchar es tener la suficiente habilidad para analizar el contenido de la información, y ser oportuno en la contestación. Seguridad en lo que se dice y el cómo se dice, con posturas y tono de voz. Identificación de las emociones y un amplio control de las mismas, tanto propias como del cliente. Habilidad de convencimiento, empezando consigo mismo. Y por último, tal vez el más importante, tener una autoestima alta, ya que ésta es la base de la seguridad personal.

Saber escuchar es tener la suficiente habilidad para analizar el contenido de la información, y ser oportuno en la contestación.

Cuando iniciamos una negociación, necesitamos recordar, que nuestra lógica no es necesariamente la misma que emplea el cliente, el cliente tiene un marco de referencia perceptiva especial que es único para sus necesidades específicas en una situación determinada. Si se pierde de vista la lógica del cliente, la organización llega a una posición egocéntrica.

Por lo tanto, para poder llegar a una solución de los problemas en la negociación, es necesario el análisis en el momento mismo se tienen que contemplar el siguiente diseño del itinerario o ruta que habremos de seguir para poder lograrlo. En el análisis se deben delimitar los siguientes aspectos:

Las áreas o elementos a negociar.

Los recursos de los que disponemos.	Las tácticas más importantes.
Los argumentos más sugestivos.	Las frases clave
La posible duración del encuentro.	El lugar y escenario que deseamos o que nos corresponde
Posibles soluciones y la forma de administrarlas.	La posible conducta de la otra parte (intenciones, intereses, tácticas y manipulaciones probables).

Por otra parte se requiere del ensayo mental de la negociación, éste representa la mejor preparación y la mejor garantía de éxito, a continuación se enlistan algunos aspectos y actitudes a considerar durante la negociación.

1. **Evitar ser reactivo:** no discutir, criticar de entrada, juzgar las respuestas del interlocutor.
2. **Conectar con el otro:** evitar ver exclusivamente a través del propio punto de vista
3. **Averiguar los hechos:** adoptando una actitud interrogante.
4. **Ser metódico:** avanzar en la consulta de acuerdo a un plan preparado.
5. **Tener una provisión de preguntas:** utilizar los cinco tipos de preguntas en forma alternada y variada.
6. **Hacer una pregunta cada vez:** evitar las ráfagas de preguntas que perturben al interlocutor.
7. **Evitar que se ahogue la pregunta con una respuesta:** ¿Por qué no lo hace? ¿Por qué no le gusta?. Regular y capitalizar: reformulando de vez en cuando (considero que, por lo tanto.). El arte de saber preguntar y escuchar facilita la negociación, preguntas cerradas, abiertas, incisivas, de espejo y sugestivas.

Otro aspecto que no debemos descuidar al negociar, es el de iniciar con el rapport con el cliente. El término significa “concordancia”, “simpatía”; es una etapa de la entrevista que tiene como propósito disminuir las tensiones del cliente, en sentido estricto el *rapport* debe reinar durante toda esta, un trato cordial ayuda a establecerlo, preguntas que no pongan en tensión al cliente, interés en escucharle y, por lo contrario, lo dificulta el sarcasmo, la ironía, las interrupciones, etc. En la entrevista de empleo, puede ayudar a establecer el rapport el hecho de que el entrevistador explique antes las características de la organización, sus prestaciones, el horario, etc. El propósito del *rapport*, en otras palabras, es “romper el hielo”. Frecuentemente este acercamiento inicial no se realiza en el terreno verbal, sino más bien a través de actitudes: mostrándose cordial y amistoso, en virtud de que el candidato habitualmente es una persona a la que no se conoce. Tal vez el escritorio es una barrera; es mejor emplear sillones de sala y confortables.

PREGUNTAS	EJEMPLOS	EFEKTOS
CERRADAS	<p>Alternativa ¿qué...? ¿tiene usted...? ¿es usted...?</p> <p>Elección múltiple ¿paga usted al contado, a crédito, o con tarjeta?, ¿nos llamamos el jueves, el viernes o la próxima semana?</p> <p>Informativa ¿quién es el encargado de ...?, ¿Cuándo compró...? ¿Dónde instaló...?</p>	<p>Son precisas, útiles.</p> <p>Sirven para obtener información o verificar algo.</p>
ABIERTAS	<p>¿Por qué? ¿Por qué razones? ¿Cómo? ¿En qué forma? ¿De qué manera? ¿Qué es? ¿Cuál? ¿Qué piensa de...? ¿De que se trata? Hábleme de... Explíqueme, dígame... Lo escucho</p>	<p>Crean el diálogo. Incita a expresarse</p>
INCISIVAS	<p>¿En qué? ¿En qué sentido? ¿Bajo qué concepto? ¿Por ejemplo? ¿En que terreno? ¿Es decir? ¿Ah bueno? ¿Ah sí? ¿De veras?</p>	<p>Sirven para profundizar y para dar nuevo impulso partiendo de una respuesta a preguntas abiertas o cerradas</p>
ESPEJO	<p>Las condiciones de financiación no son las que yo esperaba ¿no son las que esperabas?</p>	<p>Sirven para entrar en la lógica del otro llevándolo a expresar su punto de vista</p>
SUGESTIVAS	<p>Lo mejor sería que comenzáramos el quince de este mes.</p> <p>¿No encuentra que los plazos son un poco cortos?</p> <p>¿No piensa que la competencia va a reaccionar muy rápidamente? ¿Nadie quiere agregar?</p>	<p>Apuntan a influir la confiabilidad de las respuestas no está asegurada</p>

Tabla 5

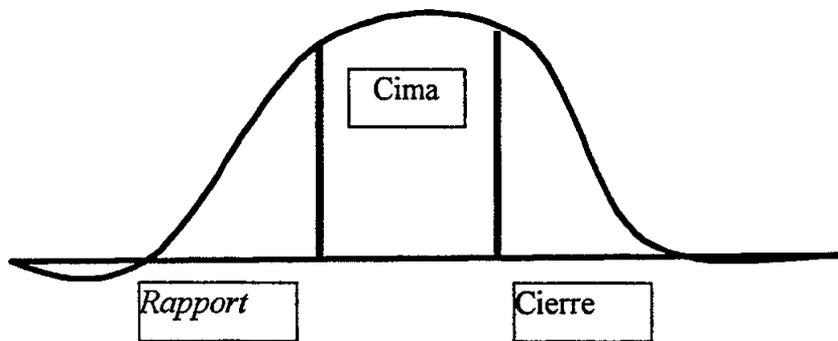


Figura 4

Se dice que otra estrategia para la negociación está el manejo del territorio y balance de mesa, si se recuerda en los momentos de guerra, los militares tienen que adelantarse a su oponente y esta puede ser una herramienta a considerar. La forma en que los negociadores se sientan, frente a frente, a la defensiva o con hostilidad, o con actitud de colaboración alrededor de una mesa redonda puede afectar el tono e incluso el resultado de una sesión negociadora. Para minar a la oposición, intente que su líder se siente en la cabecera para que parezca que domina la reunión, y para suavizar cualquier actitud de dureza que dificulte la negociación, la disposición de los asientos debe ser lo más informal posible, preferentemente alrededor de una mesa redonda.

Influye en la disposición de los asientos, la elección de los asientos dependerá de la dinámica de tu equipo: si se quiere presentar un frente unido es mejor sentarse juntos; si se prefiere dividir a tus contrarios siéntate entre ellos; y si se quiere tomar el control, siéntate en la cabecera.

Si le han asignado los asientos, intente descubrir si la disposición responde a un plan. La disposición puede sugerir qué se espera con respecto al encuentro: informal, duro o que tus anfitriones quieren dominar desde el principio.

Los lugares para los asistentes a una reunión deben ser lo más cómodas posibles. Como alternativa a una disposición tradicional o informal de los asientos alrededor de una mesa, haga más difícil que le equipo contrario presente una oposición unida sentándolo entre los miembros de su propio equipo. Dentro de lo posible, sienta al miembro más locuaz o agresivo del equipo visitante junto al líder de su propio equipo. Sin tener en cuenta los lugares que ocupen, el contacto visual es muy importante. Ayuda a los negociadores a interpretar el estado de ánimo de los oponentes y permite que los líderes perciban la reacción de su equipo. No ver la reacción de los demás desorienta; aproveche este factor al sentar a sus contrarios.

La disposición puede sugerir qué se espera con respecto al encuentro: informal, duro o que tus anfitriones quieren dominar desde el principio.

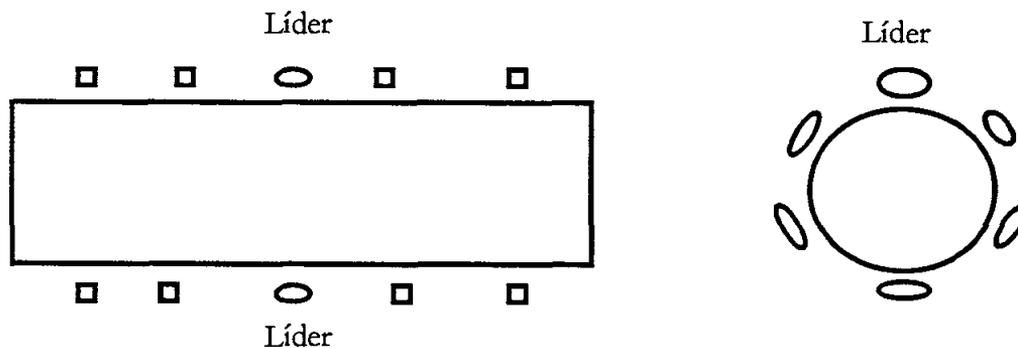


Figura 5

Por otro lado, la rentabilidad y el costo – beneficio de la negociación la consideramos de la siguiente manera con su fórmula.

La relación costo – beneficio que implica la buena o mala negociación se puede explicar con la siguiente fórmula, (del proceso de calidad). La calidad tiene su precio, la no-calidad, su costo. El precio del incumplimiento (PDI) es lo que cuesta hacer las cosas mal. El precio de cumplimiento (PDC) es lo que cuesta asegurar que las cosas se hagan bien desde la primera vez. Estos dos cálculos forman el costo de la calidad (CDC). Esta relación se representa con la fórmula:

$$\text{CDC} = \text{PDC} + \text{PDI}$$

Todos los procesos que realizamos se componen de:

Resultados: Productos o servicios que se proporcionan a otros.

Insumos: Productos o servicios que otros nos proporcionan. Un proceso convierte los insumos en resultados. El resultado se proporciona a alguien; ese "alguien" es el cliente. Un insumo a un proceso, viene de alguien y ese "alguien" es el proveedor. El consumidor la parte más importante. Si la calidad se entiende con relación a la satisfacción del consumidor, ello implica que éste es la parte más importante, nuestros productos y servicios deben de estar en función de él, y en búsqueda de la mejor manera de satisfacerle debemos estar siempre en comunicación con él, investigar sus necesidades, aprender de él.

Finalmente, negociar es la condición normal de la vida humana. Mantenga presente que una negociación nunca es garantía de que ella será la última, ni siquiera la única con aquella persona determinada. Nadie puede decir. "De esta agua no volveré a beber". Las puertas deben quedar abiertas; y si en el balance final no hay amistad, por lo menos debe haber cortesía y respeto mutuo.

A continuación se presentan varias tablas en las que se identifican formas efectivas para negociar, esperando le sean de aplicabilidad en su próxima negociación.

TÁCTICAS	CÓMO USARLAS
Financieras Imponer penalizaciones económicas a una parte o a ambas si no se alcanza un acuerdo.	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a las otras partes que se incurrirá en gastos, si, por ejemplo, las mercancías permanecieran en un almacén hasta poder resolver la disputa acerca de quién es el propietario. • Indicar a los oponentes que si las negociaciones se prolongaran, perderán dinero.
Legales Emplear mandamientos judiciales o sanciones para evitar que una parte tome medidas o retrase la negociación	<ul style="list-style-type: none"> • Si su argumento es sólido, amenazar con poner el tema en manos de sus abogados y destacar los costos, tanto en tiempo como en dinero, para la otra parte si perdiera. • Para llegar a un acuerdo, provocar disputas legales para retrasar la producción y, por consiguiente, pérdidas económicas.
Sociales Desaprobar unas medidas propuestas por motivos morales.	<ul style="list-style-type: none"> • Decir a sus oponentes que sus propuestas son un insulto para las personas a las que puedan afectar. • Demostrar hasta qué punto son injustas las propuestas, comparadas con el trato que reciben otros en circunstancias similares.
Humillación Humillar a una parte o a un individuo delante de sus iguales.	<ul style="list-style-type: none"> • Humillar a la otra parte para dañar su imagen o reputación. A largo plazo, puede afectar su credibilidad, pero es poco probable que afecte los negocios de la otra parte de manera drástica. Pero tenga en cuenta que, en el futuro, pueden intentar vengarse por la humillación.
Emocional Culpar a los oponentes si no hicieran ninguna concesión	<ul style="list-style-type: none"> • Si considera que el oponente no está cediendo suficiente terreno, chantajéelo emocionalmente. Tenga en cuenta que la eficacia de esta táctica es desigual. Algunas veces, las personas que sienten que han sido emocionalmente manipuladas pueden ser aún más reacias a hacer concesiones.

Tabla 6

Señales de aceptación.

MÉTODOS A OBSERVAR DE LAS SEÑALES	ALCANCES
<p>REMARQUE LAS VENTAJAS Céntrese en explicar a la otra parte las ventajas del trato propuesto, pero evite mencionar las ventajas que supone para usted.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ayuda a la otra parte a ver ventajas en un acuerdo que podrían no haber considerado antes.• Genera la sensación de que la situación es de ganador/ganador, en lugar de ganador/perdedor.
<p>ESTIMULE Y APLAUDA Aunque tarde en aparecer, agradezca cualquier propuesta constructiva formulada por la otra parte. Si no la quiere aceptar, siempre podrá rechazarla más adelante.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Genera un tono positivo para cerrar una negociación.• Permite evitar las críticas acerca de sus propias contrapropuestas.• Evita suscitar el antagonismo de la otra parte en un momento crítico del debate.
<p>EVITE UNA SITUACIÓN DE GANADOR/PERDEDOR Indique que desea un resultado aceptable para ambas partes. No los obligue a aceptar algo que, más adelante, la otra parte podría considerar que le fue impuesto.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Evita el enfrentamiento, cuyo resultado probable es la hostilidad y llegar a un punto muerto.• Fomenta una atmósfera relajada en la que puede tener lugar una discusión constructiva.• Permite presentar contrapropuestas.
<p>SALVE LAS APARIENCIAS Ofrezca a la otra parte una manera de salvar su postura planteando preguntas o propuestas hipotéticas, como: ¿Qué le parece si...? O ¿Qué pasaría si...?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Aumenta la posibilidad de que sus propuestas reciban una consideración adecuada.• Significa que la otra parte se siente menos presionada a aceptar o rechazar sus propuestas, y que podría tomar una decisión más rápidamente.

Tabla 7

Cerrando la negociación

MÉTODO	ACTITUDES
<p>HACER CONCESIONES ACEPTABLES PARA TODOS</p> <p>Proponer y aceptar concesiones que ayuden a cerrar el trato sin poner en peligro su posición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta prolongación del regateo puede salvar un punto muerto. • Puede que la otra parte se sienta tentada de conseguir aún más concesiones. • Hacer concesiones al final de la negociación podría minar su credibilidad.
<p>ACEPTAR POSICIONES</p> <p>Llegar a un punto medio de encuentro entre las dos posturas negociadoras que permita llegar a un acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Podría ser difícil juzgar cuál sería el punto medio de encuentro. • Esto indica que aún está dispuesto a hacer concesiones. • Ninguna de las partes sentirá que han ganado o perdido al final de la negociación.
<p>OFRECER DOS POSIBILIDADES ACEPTABLES A UNA PARTE</p> <p>Alentar a la otra parte a que avance ofreciendo dos opciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esto sugiere que su oferta final no lo era en realidad. • Encontrar dos opciones igualmente aceptables para usted podría ser difícil. • No es seguro que la otra parte acepte alguna de las dos propuestas.
<p>PRESENTAR ALICIENTES O SANCIONES NUEVAS</p> <p>Presionar a la otra parte presentando alicientes o sanciones nuevas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede que una amenaza de sanciones haga sentir a la otra parte que usted está siendo hostil. • Presentar nuevos alicientes puede modificar completamente el equilibrio de una negociación. • Puede proporcionar el impulso necesario para que la otra parte llegue a un acuerdo.
<p>PRESENTAR IDEAS O DATOS NUEVOS AL FINAL</p> <p>Presentar ideas nuevas ante la mesa de negociación proporcionará un aliciente para iniciar una nueva discusión y podría provocar un acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esto da un margen a la otra parte para considerar nuevas concesiones que podrían exigir. • Podría minar su credibilidad: debería haber presentado las nuevas ideas antes. • Podría minar la base de la negociación y volver al punto de partida.
<p>SUGERIR UNA SUSPENSIÓN EN UN PUNTO MUERTO</p> <p>Una suspensión permite que cada parte disponga de tiempo para considerar qué pasaría si no hubiera acuerdo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrece una oportunidad a ambas partes para consultar con asesores externos. • Durante la suspensión, las circunstancias pueden modificar la posición de las partes. • Podría ser difícil volver a convocar una reunión ulterior.

El peor negocio para cualquier empresa público o privada, es dedicar sus esfuerzos promocionales a captar nuevos clientes, derechohabientes o usuarios y perder los que ya se tienen. Algunas empresas consideran necesario invertir en un servicio de valor agregado, esto es recomendable siempre y cuando estén en posibilidades de invertir ya que esto les permite mantener cautivo a sus clientes.

Ejercicios de autoevaluación

Si han logrado excelencia en el servicio, ¿dejarán de recibir sugerencias y quejas de la clientela?. Con esta pregunta se inicia la formulación de alternativas, que por demás, serán en beneficio de la organización.

¿Cuál es el factor de éxito de su unidad?

¿Qué le ofrecen al cliente?

¿Quién califica su servicio?

Desarrolle un plan de acción para uno de los conflictos identificados en su área de trabajo con las estrategias señaladas.

Procedimiento:

Una vez diseñado y evaluado el Plan de Acción se estará en posición de realizar la operación propiamente dicha de la negociación. En ella habrá de tener cuidado de mantener los siguientes elementos.

El primer paso es la creación de un clima psicológico adecuado, y sus cimientos son las actitudes positivas de seguridad, de sinceridad, de honestidad, de confianza en la persona y en el feliz éxito de la negociación.

Diagnóstico del potencial negociador

A continuación, marque el número que mejor refleje la forma de su negociación.

CARACTERÍSTICA DE NEGOCIACIÓN	Aproximación a mi forma de ser				
	5	4	3	2	1
1. Soy sensible a las necesidades de los demás.	5	4	3	2	1
2. Si es necesario, cedo para resolver problemas.	5	4	3	2	1
3. Tengo una filosofía gano / ganas.	5	4	3	2	1
4. Tengo una alta tolerancia al conflicto.	5	4	3	2	1
5. Estoy dispuesto a investigar y analizar del todo las cosas.	5	4	3	2	1
6. La paciencia es una de mis virtudes.	5	4	3	2	1
7. Mi tolerancia al estrés es elevada.	5	4	3	2	1
8. Sé escuchar a la gente.	5	4	3	2	1
9. El ataque personal y el ridículo no me molestan en forma desmedida.	5	4	3	2	1
10. Puedo identificar con rapidez cuál es el fondo de las cosas.	5	4	3	2	1
11. Cuando hablo, veo a los ojos, mi expresión es firme, segura y adopto una expresión de interés.	5	4	3	2	1
12. Los ademanes o gestos son congruentes con lo que expongo.	5	4	3	2	1
13. El tono de voz es adecuado, se enfatizan las palabras clave.	5	4	3	2	1
14. La velocidad con la que hablo es adecuada, ni demasiado rápida o lenta.	5	4	3	2	1
15. Cuando se me pide que no revele información confidencial, no lo hago.	5	4	3	2	1
16. Cuando negocio, los escucho sin interrumpir.	5	4	3	2	1
17. Si encuentro información válida en contra de mi punto de vista, lo modifico.	5	4	3	2	1
18. Si aparecen conflictos busco llegar a un arreglo o acuerdo constructivo.	5	4	3	2	1
19. Si me equivoco, lo acepto sin justificaciones defensivas.	5	4	3	2	1
20. Soy puntual y respeto mis compromisos.	5	4	3	2	1
TOTAL					

Cuando haya terminado, sume los números que marcó y escriba el total en el espacio correspondiente. Si tuvo 80 ó más puntos, tiene las características de un buen negociador. Usted reconoce lo que se necesita para negociar y parece estar dispuesto a aceptarlo. Si tuvo entre 60 y 79 puntos, le debe ir bien al negociar pero tiene algunas características que necesita desarrollar más. Si su evaluación está por debajo de 60, debe repasar cuidadosamente estos puntos. Es probable que sea muy exigente con usted mismo, o tal vez identificó algunas áreas en las cuales deberá concentrarse al negociar.

Bibliografía

SCOTT, Bill. (1991) *Cómo negociar con ventaja*. Editorial Paraninfo, S.A.

MADDUX, Robert B (1995). *Cómo negociar con éxito*. Grupo editorial Iberoamérica.

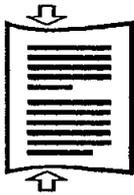
HINDLE, Tim. (1998). *La negociación eficaz*. Editorial Grijalbo.

PEARSON, Barrie (1993). *Estrategia de negocios con sentido común*. Ediciones Macchi.

AGUILAR KUBLI, (1997. Eduardo. *Asertividad*. Editorial Pax – México.

Tema 5. Toma de decisiones

Por José Miguel Hernández Barajas



Resumen

Sabemos que la toma de decisiones se inicia al amanecer y termina al anochecer, desde la elección de una u otra opción, significa para nosotros un beneficio, conflicto, estrés o tal vez algo que nos permitirá organizar nuestra vida de mejor forma, vivir mejor, tanto para uno como para los demás.

Por mi experiencia sabemos que una decisión correcta o incorrecta representa el impacto económico en ganancias o pérdidas, o tal vez en cuestiones más graves, la vida o la muerte.

De esta forma, todo directivo debe tomar decisiones en forma consciente, continuo y sistemáticamente, por esa razón, es indispensable que debe estar bien informado y aceptar los riesgos, a mayor información la incertidumbre se reduce, y los riesgos de igual forma. Sucede lo opuesto con la menor información, ojo, hay que estar bien informado.

Tema 5. Toma de decisiones

Por José Miguel Hernández Barajas

“Cuando en la toma de decisiones el costo supera al beneficio, el sentido común ordena no hacerlo.”

Como se ha expuesto anteriormente, en el momento en que surge cualquier conflicto, la solución no es en forma inmediata, por lo que en muchas ocasiones se presentan varias oportunidades de las cuales no siempre se logra obtener la mejor, solo cuando estamos preparados para realizar negociaciones las oportunidades se presentaran con mayor facilidad, por esta razón el tener un plan estratégico en la toma de decisiones, permite a todo directivo, administrador o negociador, tener la precisión de que la opción que tome es la correcta.

Para los psicólogos las reacciones ante los obstáculos o barreras, es decir, en el momento en que se tienen que tomar o elegir un camino u otro en el cual alguno de ellos que no estaba planeado le sigue un conflicto, ya que es en ese momento en el que surge la necesidad de continuar el camino u objetivo, por lo que se necesita tomar otro para que así se pueda llegar a la satisfacción de lo que se había planeado y la no satisfacción ante lo elegido, genera una frustración, por lo que en la toma de decisiones se convierte en un factor determinante para los logros personales, y tal vez en una buena salud mental. A continuación se muestra otro enfoque en el que nos permite identificar una forma más estructurada en la toma de decisiones.

Para algunos estudiosos de las habilidades directivas, se propuso un modelo para la toma de decisiones. Integrantes de la escuela Australiana de Dirección para Graduados, Vroom y Yetton, del cual retoma su nombre este modelo, en el que consiste en tomar como ejemplo una forma ramificada, en donde surgen diferentes opciones; entre otros, retoman la interrogante acerca del mejor estilo de liderazgo, en la toma de decisiones, señalando que ya desde los primeros estudios de Mayo dentro de la corriente conductista se había demostrado que la participación de los subordinados tenía enormes ventajas sobre un sistema de organización y decisión autocráticos. Debido a que se elevaba la satisfacción en el trabajo de los subordinados, se mejoraba el compromiso del subordinado con el líder, se permitía el crecimiento y la madurez de los subordinados y se proporcionaba mayor información al líder respecto a las decisiones a tomar.

A pesar de las evidencias a favor de la participación de los subordinados en la toma de decisiones, era evidente que no siempre se podía hacer participar a los mismos y en ocasiones era francamente peligroso hacerlo.

Cada problema o decisión presenta una peculiar combinación de características que deben influir en la elección que el líder haga sobre el estilo de liderazgo. Por lo tanto puede haber de diferentes estilos de liderazgo, o más bien, de distintos grados de participación en las decisiones, dependiendo de la situación, estudios financieros, o simplemente factores psicológicos que favorecen en la toma. A continuación se presenta el modelo Vroom Yetton, en la toma de decisiones, tanto grupales como individuales.

Cada problema o decisión presenta una peculiar combinación de características que deben influir en la elección que el líder haga sobre el estilo de liderazgo.

Tipos de decisión para problemas grupales.

A1 El líder resuelve el problema o toma la decisión con la información con que dispone.

A11 El líder obtiene de sus seguidores la información necesaria y luego resuelve él sólo cual es la mejor decisión. Puede contarles o no a sus seguidores la razón de pedirles información. Los subordinados por su parte, no participan en la definición del problema ni en la elaboración de propuestas de solución.

C1 El líder comparte el problema de forma individual con sus subordinados, obteniendo ideas y sugerencias de ellos, pero sin reunirlos en grupo. Luego él sólo toma la decisión.

C11 El gerente comparte el problema con sus subordinados en una reunión de grupo. Ahí obtiene ideas y sugerencias. Luego el toma la decisión que puede reflejar o no la opinión de los subordinados.

G11 El líder comparte su problema con el grupo, juntos crean y evalúan opciones y tratan de alcanzar acuerdos. El líder asume un papel de coordinador y facilitador de ideas, pero no presiona a sus seguidores para que adopten una decisión en específico, y en todo caso está dispuesto a aceptar y llevar a cabo la decisión del equipo.

Este tipo de decisiones se refieren a problemas que debe afrontar el líder, cuando éstos se refieren o afectan al conjunto de la organización. Pero pueden presentarse también casos en los cuales el líder debe adoptar decisiones que se refieran específicamente a la actividad de uno de los integrantes del grupo y que también puede tener repercusiones a nivel grupal. A las decisiones relacionadas con éste último tipo Vroom las llama "problemas individuales" y para estos casos, elabora una simbología específica con diferentes tipos de decisión:

Tipos de decisión para problemas individuales

- A1 El líder toma la decisión de acuerdo con la información con que dispone.
- A11 El líder obtiene del subordinado la información que necesita y luego decide él mismo la solución. Puede informar o no al subordinado sobre la razón de sus preguntas. El subordinado no interviene en la definición del problema ni en su solución.
- C11 El líder comparte el problema con el subordinado y obtiene sus ideas y sugerencias. El toma la decisión finalmente.
- G1 El líder comparte el problema con el subordinado y junto con él llegan a una solución satisfactoria en un ambiente de libertad y confianza.
- D1 El líder comparte el problema con sus subordinado, intercambian información y pareceres y se le da al subordinado la total responsabilidad para la solución al problema. Cualquier decisión que adopte el seguidor es apoyada por el líder.

Frente a estos posibles estilos de decisión, el líder debe optar por uno de ellos ante problemas específicos, tomando en cuenta los siete factores siguientes:

- a) Importancia de la calidad de decisión: una decisión es de gran calidad si es consecuente con los objetivos que la organización pretende alcanzar y con la información disponible.
- b) Información del líder respecto al problema: Se refiere a la cantidad de datos técnicos relevantes sobre las consecuencias de las alternativas a tomar.
- c) Grado de estructuración del problema: en un problema estructurado quien toma la decisión conoce: 1) el estado actual del problema; 2) su estado deseado; y 3) los mecanismos que le permitan pasar de aquel a éste. También son conocidas las opciones a seguir.
- d) Importancia de la aceptación de la decisión por los subordinados para una puesta en práctica efectiva.
- e) Probabilidades de que la decisión del líder sea aceptada por sus seguidores: las probabilidades de que se acepte una decisión dependen del grado de poder que maneje el líder. El poder puede ser 1) poder legítimo (en base a un puesto jerárquico); 2) poder de la pericia (habilidad del líder para resolver problemas), o bien, 3) poder carismático (influencia de la personalidad).

- f) Congruencia entre los objetivos de la organización y los objetivos de los subordinados: desde el punto de vista sociológico, en cualquier organización, los individuos persiguen objetivos personales, es obligación del líder enlazar estos con un objetivo colectivo, y en este caso evaluar el grado de entrelazamiento.
- g) Conflicto o desacuerdo entre subordinados: evaluar que tantas posibilidades existen que con la decisión se generan conflictos entre los subordinados (no del líder con sus subordinados).

Tomando en cuenta estos siete factores conjuntamente con las seis formas básicas de toma de decisiones, se puede seguir el árbol de decisiones que elabora Vroom, el cual dependiendo de la forma en cómo se vayan contestando a las siete preguntas básicas se llega a las decisiones factibles para ejercer un liderazgo eficaz.

El árbol de decisiones que elabora Vroom, el cual dependiendo de la forma en cómo se vayan contestando a las siete preguntas básicas se llega a las decisiones factibles para ejercer un liderazgo eficaz.

A este respecto solo se deben recordar las siguientes reglas:

- Regla 1. Si la calidad de la decisión es importante y el líder no posee información suficiente, se elimina A1.
- Regla 2. Si la calidad de la decisión es importante y es probable que los subordinados no sigan los mismos objetivos que la organización, eliminamos G11.
- Regla 3. Si la calidad de decisión es importante, se carece de información necesaria y el problema no está estructurado se eliminan A1, A11 y C1.
- Regla 4. Si es importante que los subordinados acepten la decisión y no hay seguridad de que acaten una decisión autocrática, eliminamos A1 y A11.
- Regla 5. Si es importante la aceptación de la decisión, no se está seguro de que se acate una decisión autocrática y es probable que surjan problemas entre los subordinados, eliminamos A1, A11, y C1.
- Regla 6. Si la calidad de la decisión no es importante, pero si la aceptación de la misma, eliminamos A1, A11, C1 y C11.
- Regla 7. Si la aceptación es importante, no hay seguridad de lograrla si se toma una decisión autocrática y los subordinados comparten objetivos con la organización, eliminamos A1, A11, C1 y C11.

Tabla 9

Adaptación de los procesos de decisión realizada por Kepner - Tregoe

	A1	A11	CI	C11	G11
¿Quién interviene?	El líder	El líder y otros de forma individual	El líder y otros de forma individual	El líder y otros en grupo	El líder y otros en grupo
Tipo de intervención	Decisión sin ayuda	Los individuos responder a preguntas específicas	Los individuos proporcionan datos, recomendaciones, uno a uno	El grupo comparte datos y análisis	El grupo comparte datos, análisis y alcanza consenso
¿Quién toma la decisión?	El líder	El líder	El líder	El líder	El grupo

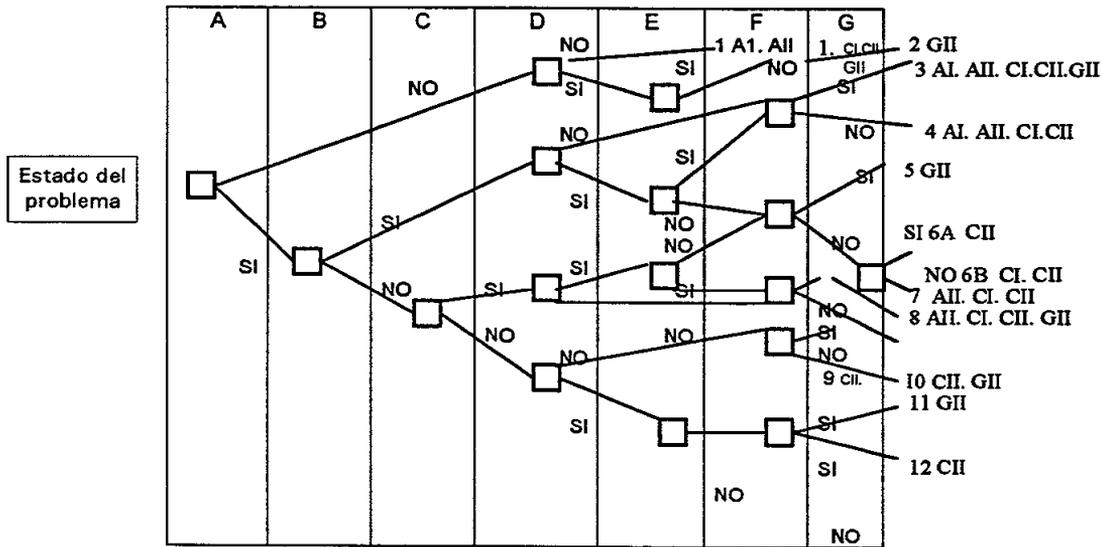
A continuación se presenta un ejemplo en la toma de decisiones tanto grupal como individual.

Árbol de decisión aplicable a problemas de grupo

- A. ¿Existe un requisito de calidad en el problema?
- B. ¿Se encuentra con suficiente información para tomar una decisión de gran calidad?
- C. ¿Está estructurado el problema?
- D. ¿Es importante la aceptación por parte de los subordinados para una eficaz puesta en práctica de la decisión?
- E. Si fuera exclusivamente suya la decisión ¿está usted razonablemente seguro de que la aceptarán los subordinados?
- F. ¿Comparten los subordinados los objetivos empresariales que se pretenden alcanzar mediante la solución de este problema?
- G. ¿Cabe la posibilidad de que se produzca un conflicto entre los subordinados respecto a las soluciones preferidas?

Figura 6

Arbol de decisión aplicable a problemas de grupo. Conjunto factible
(Vroom, Yetton y Jago, 1976)

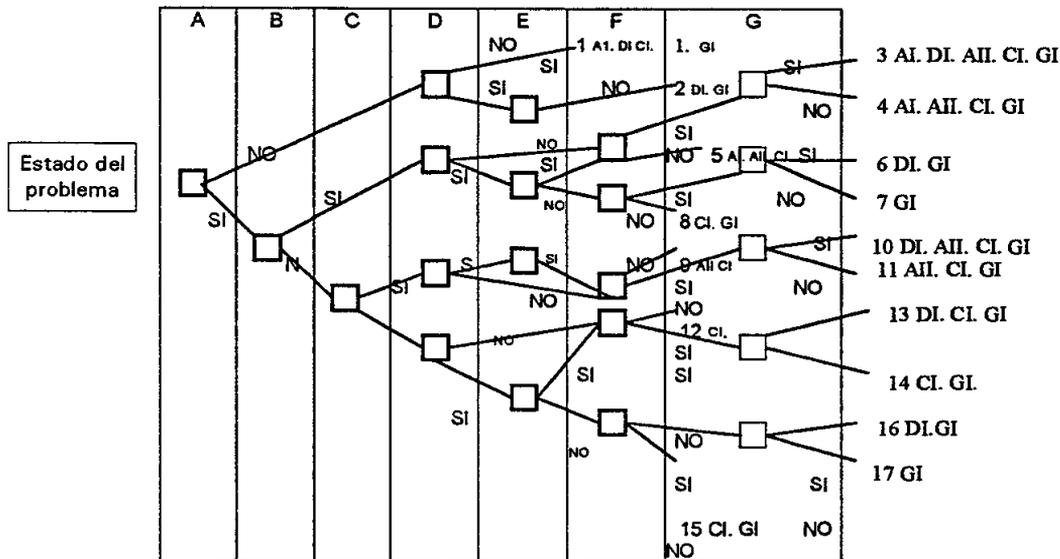


Árbol de decisiones para problemas individuales

- A. ¿Existe un requisito de calidad en el problema?
- B. ¿Posee suficiente información para tomar una decisión de gran calidad?
- C. ¿Está estructurado el problema?
- D. ¿Es importante la aceptación por parte del subordinado para lograr una eficaz puesta en práctica de la decisión?
- E. Si la decisión fuera exclusivamente suya ¿está razonablemente seguro de que la aceptará el subordinado?
- F. ¿Comparte el subordinado los objetivos empresariales que se pretende alcanzar por medio de la resolución de este problema?
- G. ¿Posee el subordinado la información suficiente par tomar una decisión de gran calidad?

Figura 7

Árbol de decisiones para problemas individuales. Conjunto factible
(Vroom, Yetton y Jago, 1976)



Ejercicio de autoevaluación

¿Quién debe tomar la decisión en el ámbito laboral?

¿Cuáles son las decisiones que se deben tomar en grupo?

¿Cuáles son las decisiones que se deben tomar por ambas partes?

Elabore un ejemplo de toma de decisiones individual y otro grupal, conforme a los ejemplos anteriores.

Bibliografía

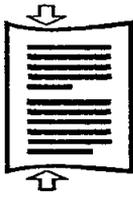
Blake, Robert R. y Mouton, Jane S. (1980). *El nuevo Grid Gerencial*.- México, D.F. Edit. Diana.

Robins, S. (1987). *Comportamiento organizacional*.- Ed. Prentice Hall.- México, D.F.

García López, Jesús E. (1996). *Seminario El liderazgo y el arte de la dirección*.- Expresión XXI A.C. México, D.F.

Tema 6. Grupo y equipos de trabajo

Por José Miguel Hernández Barajas



Resumen

Aristóteles decía que el ser humano por naturaleza es sociable, por lo tanto, se establece por condición necesaria una relación grupal, que no se puede aislar de su núcleo grupal, llámesele primario o secundario, formales o informales, finalmente cumple con una organización y metas en común.

Por otra parte, un equipo de trabajo se caracteriza por su alta, organizada y orientada tarea en común. Lo compone un número reducido de personas, que adoptan e intercambian roles y funciones con flexibilidad, de acuerdo con un procedimiento, y que disponen de habilidades para manejar su proceso socioafectivo en un clima de respeto y confianza.

Tema 6. Grupo y equipos de trabajo

Por José Miguel Hernández Barajas

Grupo: definición y clasificación

Un grupo se define como dos o más individuos que interactúan y que son interdependientes, cuya reunión obedece al deseo de alcanzar objetivos particulares. Los grupos pueden ser formales o informales. Formal significa aquí definido por la estructura de la organización con asignaciones que establecen tareas y grupos de trabajo. En los grupos formales el comportamiento que ha de observarse queda estipulado por las metas de la organización y dependen de ellas. En cambio, los grupos informales son alianzas que carecen de estructura formal y que no han sido determinadas por la empresa.

Los grupos informales son alianzas que carecen de estructura formal y que no han sido determinadas por la empresa.

Bajo las relaciones formales en cada organización existe un sistema más complejo de relaciones sociales consistentes en muchas organizaciones informales. Esto se refiere a la socialización de los empleados cuando existen muchos grupos informales diferentes nos referimos a ellos como la organización informal, que constituye una influencia poderosa para la productividad y la satisfacción en el empleo.

Los grupos pueden subclasificarse en grupos de mando, de tareas, de intereses o amistad. Los grupos de mando y de tareas dependen de la organización formal, mientras que los de intereses y amistad son alianzas informales.

Los grupos pueden subclasificarse en grupos de mando, de tareas, de intereses o amistad.

1. **El Grupo de mando** está determinado por el organigrama de la empresa. Se compone de los subordinados que reportan directamente a un gerente.
2. **Los grupos de trabajo**, también determinados por la organización, representan a personas que trabajan juntas para efectuar determinado trabajo. Sin embargo, no están limitados a su superior jerárquico inmediato.
3. Las personas que pertenecen o no a un grupo de mando o trabajo pueden afiliarse a fin de alcanzar cierto objetivo que desean. Surge así el **grupo de interés**.
4. A menudo surgen los grupos porque los miembros poseen una o más características comunes. A esos grupos los llamamos **grupos de amistad**.

Los grupos informales prestan un servicio de primer orden al satisfacer las necesidades sociales de sus miembros. Hemos de reconocer que esos tipos de interacción si bien informales, pueden llegar a afectar el comportamiento y el desempeño.

Etapas en el desarrollo de un grupo

El desarrollo de un grupo constituye un proceso dinámico. La generalidad de los grupos se encuentra en un estado constante de cambio. Pero el simple hecho de que los grupos rara vez alcanzan una estabilidad absoluta no significa que no haya un patrón general que describa cómo evolucionan. Se sabe que los grupos pasan por una secuencia estándar de cuatro etapas:

Se sabe que los grupos pasan por una secuencia estándar de cuatro etapas.

1a. etapa: **Formación**. Se caracteriza por una incertidumbre ante la finalidad, estructura y liderazgo del grupo. Los miembros están sondeando el terreno para averiguar que tipos de conductas son aceptables.

2a. etapa: **Conflicto**. Los miembros aceptan la existencia del grupo pero se advierte resistencia al control que el grupo impone al individuo. Además, hay conflicto respecto a quién controlará el grupo. Cuando finaliza la segunda etapa, se advierte una jerarquía bastante clara en el liderazgo dentro del grupo.

3a. etapa: **Organización**. Surgen relaciones estrechas y el grupo muestra cohesión.

4a. etapa: **Realización**. La estructura es plenamente funcional y aceptada. La energía del grupo ya no se centra en conocer y entender a los demás, sino en la ejecución de tareas.

Equipo de trabajo: definición

Un equipo de trabajo es una entidad social altamente organizada y orientada hacia la consecución de una tarea común. Lo compone un número reducido de personas, que adoptan e intercambian roles y funciones con flexibilidad, de acuerdo con un procedimiento, y que disponen de habilidades para manejar su proceso socioafectivo en un clima de respeto y confianza.

Formación de equipos de trabajo:

La formación de equipos de trabajo se produce en la medida en que se facilitan tres fases determinantes para la integración de las personas, éstas son:

Fase de inclusión:

En esta fase se da una mayor comunicación intrapersonal, por ejemplo, cuando una persona se presenta por primera vez en un grupo en el que no conoce a nadie es característico que su aislamiento lo lleve a preguntarse «¿qué hago aquí?» o pensar «mejor me hubiera...». La ansiedad que esta situación genera lleva al individuo a establecer los primeros contactos a nivel interpersonal.

Fase de control:

En esta fase el individuo, para adquirir seguridad y aumentar sus contactos en los niveles interpersonal y grupal, disminuye la comunicación hacia sí mismo. Conforme al ejemplo anterior, la persona empieza a establecer relaciones y a aliarse con otros miembros del grupo para definir quién y cómo se ejerce el poder y qué tanta intervención tiene en lo que allí sucede.

Fase de aceptación:

En esta fase se logra una relación de mayor confianza entre las personas, lo cual permite la expresión de sus ideas y sentimientos en el nivel grupal. La persona interactúa con los demás en forma más abierta; esto resulta en un mayor aprovechamiento de los recursos del grupo y en una mejor calidad de satisfacción de las necesidades de cada uno de los miembros.

El nivel de madurez del grupo y el o los estilos de dirección del líder son dos de los elementos del proceso socio afectivo en el grupo. Sin embargo, existen otros que también juegan un papel importante, éstos son:

- La dirección y la profundidad de la comunicación.
- Los patrones de motivación.
- Los supuestos acerca de la naturaleza humana.
- Modelos básicos de competencia y colaboración.

Formas de abordaje de los conflictos interpersonales

Características específicas de un equipo efectivo:

1. **Liderazgo participativo:** el administrador del equipo cuenta con las aptitudes y la intención de desarrollar un enfoque de equipo y dedica tiempo a actividades de fortalecimiento del mismo. La dirección del equipo se contempla como una función compartida, es decir, que se les brinda a otras personas, que no son el

La dirección del equipo se contempla como una función compartida.

director del equipo, la oportunidad de ejercer cierto liderazgo cuando sus habilidades son requeridas por las necesidades del equipo.

2. **Claridad de misión y visión:** el equipo define el papel distintivo y productivo que juega dentro de la institución y hace aportaciones para la planeación, establece objetivos claros y compartidos, los cuales considera que valen la pena
3. **Orientación hacia el logro de resultados:** fija metas de desempeño que sean un desafío para las capacidades del equipo, dedicando la energía principalmente al logro de resultados, revisando con frecuencia el desempeño del equipo para ver dónde es posible desarrollar mejoras en el trabajo.
4. **Procedimientos bien organizados:** se definen claramente las funciones, se desarrollan adecuadamente los patrones de comunicación y los procedimientos administrativos están diseñados para apoyar el enfoque del equipo.
5. **Métodos eficaces de trabajo:** el equipo desarrolla formas sistemáticas y efectivas para tomar decisiones y resolver juntos los problemas. Las reuniones son altamente productivas para los resultados buscados.
6. **Compromiso con el equipo:** los miembros del equipo tienen un sentido de compromiso personal con los fines y propósitos del equipo. Al trabajar fuera de los límites del equipo, los miembros experimentan un sentido de pertenencia al equipo y representación del mismo.
7. **Capacidad y desarrollo personal:** los miembros del equipo tienen la capacidad y aptitudes individuales para aportar la “mezcla” de características que proporcionan un equilibrio adecuado. Del mismo modo, se ocupan de adquirir el crecimiento personal que les permita ser capaces de manejar confrontaciones de manera productiva.
8. **Atmósfera, comunicación y crítica constructiva:** el equipo desarrolla un clima en el cual la gente se siente relajada, capaz de ser directa, abierta y preparada para correr riesgos. Este clima permite que se examinen los errores y las debilidades tanto del equipo como individuales, sin ataques personales, a fin de permitir que el grupo aprenda de su experiencia.
9. **Creatividad:** el equipo tiene la capacidad de crear nuevas ideas, valiéndose de las interacciones de sus miembros. Se recompensan algunos riesgos corridos y el equipo apoyará nuevas ideas provenientes de sus propios miembros de fuera. Se realiza un seguimiento de las nuevas ideas llevadas a la acción.
10. **Relaciones intergrupales positivas:** las relaciones con otros equipos se desarrollan de manera sistemática a fin de proporcionar un contacto personal

abierto e identificar dónde es conveniente trabajar de manera conjunta a fin de lograr una mejor comprensión entre los grupos. Hay contacto constante y revisión de prioridades conjuntas o colectivas con otros equipos. Se estimula a las personas a entrar en contacto y trabajar con los miembros de otros grupos.

Cuadro 10
Aspectos comparativos entre grupo y equipo:

ASPECTO:	GRUPO:	EQUIPO:
1. Participación	2. Es la energía	3. Es la energía
4. Tarea	5. Es la principal o única preocupación	6. Es parte importante
7. Procesos socioafectivo	8. Se desconoce o se niega.	9. Se le dedica atención especial
10. Produce	11. Bajos resultados	12. Altos resultados

La autoridad en el equipo de trabajo:

La autoridad en todo grupo social representa una función, es decir implica una de las actividades substanciales en toda organización, de manera tal que debe de ser estudiada y conocida por toda persona que coordina y/o dirige a un equipo de trabajo. Existen tres tipos de autoridad (función), estas son:

1. **AUTORIDAD FORMAL:** ésta es la que corresponde dentro de la organización al puesto de que se trate, es decir la que se confiere por el solo hecho de ocupar un puesto, así un jefe de mantenimiento tiene poder para decidir qué materiales se deben de usar, cuándo se deben de efectuar los trabajos, si se otorga o no permiso a algún miembro del equipo para faltar o llegar tarde, etc.
2. **TECNOLÓGICA:** éste tipo de autoridad se obtiene a través del conocimiento ya sea escolarizado o por la experiencia dentro de una rama del conocimiento, tal es el caso de las personas que después de haber estudiado una carrera o haber ejercido funciones de cierto tipo durante determinados años se convierten en "autoridades" en la materia.
3. **REAL:** por último la autoridad real que es la que otorga el grupo de personas

que integran un equipo de trabajo, es decir, esta autoridad se genera como parte de los procesos socioafectivos dentro del equipo, es la que reconoce todos y cada uno de los miembros del equipo. Esta autoridad no se otorga por alguna instancia superior (autoridad formal), ni se adquiere por esfuerzo personal individual (estudio y conocimiento), sino que la proporciona el grupo y genera el líder.

Madurez del equipo:

El término madurez con frecuencia se utiliza para designar y calificar las aptitudes de las personas. Vale la pena aclarar que en este caso la suma de la madurez individual de las personas que conforman un grupo no es igual a la madurez del grupo, aunque sí juega un papel de consideración. Nos referimos a que un grupo puede estar formado por personas muy «maduras» y sin embargo, ser un grupo inmaduro o poco maduro; del mismo modo un grupo de personas poco maduras puede llegar a ser un grupo maduro. Así la madurez del grupo depende más de los procesos que se den en el interior de éste; las formas y mecanismos de comunicación, la calidad de los estilos de liderazgo, la forma de abordar los conflictos, el estilo de solución de problemas, el ambiente de trabajo, etc.

La suma de la madurez individual de las personas que conforman un grupo no es igual a la madurez del grupo, aunque sí juega un papel de consideración.

La tendencia de crecimiento que siguen los equipos de trabajo es:

- De un estado de pasividad a un estado de mayor actividad.
- De una situación de dependencia a una interdependencia.
- De la simplicidad natural a una variedad de intenciones en sus acciones.
- De tener intereses casuales a tener intereses profundos.
- De una perspectiva a corto plazo hacia una perspectiva de mucho mayor alcance en logros y tiempo.

Comparación con respecto a equipos

Los indicadores de madurez del grupo son:

Indicadores relativos a la tarea:

- 1.- REALIZACIÓN:** es la identificación, establecimiento y cumplimiento de metas por parte del grupo.
- 2.- RESPONSABILIDAD:** el compromiso de sentir como propio lo que sucede en la institución y la respuesta a ese compromiso por parte del grupo.
- 3.- EXPERIENCIA:** es la asimilación de conocimientos y habilidades puestos al servicio del grupo y su aprovechamiento.

4.- **ACTIVIDAD:** es la inversión de energía en trabajos significativos distribuidos entre todos los miembros del grupo de acuerdo a sus capacidades.

5.- **INDEPENDENCIA:** es la actividad con que los miembros del grupo se relacionan con los límites que tiene el sistema y la capacidad de que disponen para negociar su ampliación en beneficio del propio sistema.

Indicadores relativos al proceso socioafectivo o de relación:

6.- **ADAPTABILIDAD:** es la capacidad del grupo para aceptar los cambios y las influencias del medio ambiente con flexibilidad en función del logro de sus objetivos.

7.- **INTERÉS:** es la participación de los miembros del grupo en una tarea significativa para ellos manifestada en varios comportamientos congruentes con la tarea.

8.- **PERSPECTIVA:** es la capacidad del grupo para analizar los distintos elementos que están en juego al realizar su tarea en función de los objetivos de la institución.

9.- **POSICIÓN:** es la capacidad del grupo para permitir la manifestación de cada uno de sus miembros en la ejecución de la tarea, en función de sus recursos tecnológicos y su influencia personal, sin perjuicio de la jerarquía o la antigüedad.

10.- **CONCIENCIA:** es la capacidad del grupo para reflexionar sobre su propia realidad y sus implicaciones en el trabajo con el propósito de actualizarlo.

Finalmente, existe un concepto nuevo sobre las facultades que el grupo tiene por el grupo mismo, esto es: *empowerment*, cuya traducción del inglés nos dice que es fortalecimiento, apoderamiento, facultad, otorgar poderes. Es en éste último en donde se considera la esencia del *empowerment*, porque es el grupo el que logra generar poder, y no es la decisión o facultad de una persona, (al surgir la teoría "Z" el líder es el primero entre sus iguales), por lo tanto, es una forma fundamentalmente distinta para trabajar en conjunto. Además de que no es un conjunto de técnicas, más bien es una forma de construir un entendimiento interno entre usted y la gente con la que trabaja, el directivo de una unidad hospitalaria tiene que entender que es por medio del equipo o grupo de trabajo por el que logra sus objetivos y no es un hombre orquesta, en donde todo lo quiere hacer él sin tomar en cuenta si los demás tienen o no el poder por debajo del agua.

Por esta razón es importante considerar el impacto y su alcance del *empowerment* en el trabajo. Se sabe que equipo o grupo de trabajo mejora constantemente la calidad del trabajo, amplía las habilidades y tareas que se utilizan en un puesto,

promueve la innovación y creatividad, permite tener más control sobre las decisiones acerca del trabajo, ejecutar tareas enteras, en vez de llevar a cabo únicamente parte de ellas, otro de los aspectos que no debemos olvidar, (llámese cliente, derechohabiente, usuario, etc.), pero todos ellos están enfocados a satisfacer al cliente, ya que con esto último se podrá tener orientación al mercado.

Ejercicios de autoevaluación

Técnica de *coaching* de ocho pasos:

La técnica denominada *coaching*, y cuyo nombre se ha respetado en inglés por ser difícil una palabra en español que conserve la esencia del concepto teórico, consiste en una serie de ocho pasos que se siguen en una sesión con un individuo del grupo, o todo el equipo de trabajo, y que lleva el objetivo de influir en el comportamiento de dicha persona o equipo. Es una técnica sencilla y práctica que es de gran ayuda para el ejercicio de la autoridad y del poder. Los siguientes son los ocho pasos:

1. DAR APOYO:

este paso se presenta al principio de la sesión y se mantiene constante a lo largo de toda la sesión.

2. DEFINA EL TEMA Y LAS NECESIDADES:

sea objetivo en cuanto a no mencionar culpables, solamente referir hechos y necesidades, esto evita que la persona adopte posturas defensivas que dificultan el objetivo de la sesión.

3. ESTABLEZCA IMPACTO:

trate de utilizar un lenguaje y términos que impacten emocionalmente, remarque la importancia del asunto sobre el cual se está tratando, éste puede ser en relación a la persona, a ambos o a la institución o vida en general.

4. INICIE UN PLAN:

comience por poner en calidad de propuesta algunas alternativas de solución y procure ir construyendo de manera conjunta el plan de acción para la solución del asunto. No trate de imponer su solución, es importante que la otra parte se sienta y sea tomada en cuenta con base en sus necesidades y recursos.

5. GENERE UN COMPROMISO:

cualquiera que éste sea deje bien claro que ambas partes están asumiendo un compromiso. El compromiso debe de quedar definido en términos claros y objetivos con la finalidad de poder claramente saber si éste se ha cumplido o no.

6. ENFRÉNTESE A LAS EXCUSAS/RESISTENCIAS:

es probable que todavía en esta parte de la sesión aparezcan excusas y/o resistencias hacia la puesta en marcha del plan de acción diseñado. Permita modificaciones pero no en lo sustancial que es el compromiso y la intención de resolver el conflicto. No evada o posponga éste enfrentamiento podría traer como resultado el estancamiento o retroceso de lo hasta aquí avanzado.

7. ACLARE LAS CONSECUENCIAS, NO CASTIGUE:

es importante hacer saber las posibles consecuencias, tanto positivas como negativas, que se presentarán como efecto del cumplimiento o no del compromiso adquirido. En este punto debe cuidarse el detalle de hacer ver que las posibles consecuencias negativas que se llegaran a presentar son el resultado lógico de dicho incumplimiento, sin relación causal alguna con la persona que administra dicha consecuencia.

8. NO SE RINDA:

por más resultados adversos que obtenga y resistencias que tenga que enfrentar debe mantener el ánimo y el deseo de realmente influir en la otra persona. Si es necesario re programe otra sesión, pero no abandone la empresa.

NOTA: no olvide que el paso uno, «dar apoyo», se mantiene presente a lo largo de toda la sesión, de hecho es el combustible que hace que ésta camine bajo buen tono.

Elabore un plan para formar un equipo de trabajo o reforzar su equipo de trabajo, con los pasos anteriores.

Bibliografía

Stephen, P. Robbins. (1987). *Comportamiento Organizacional*. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México,

Davis, K., Newstrom, J. (1993). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. Edit. Mc Graw Hill, México,

Strauss G. Sayles L. (1981). *Personal. Problemas Humanos en la Administración*. Edit. Edit. Prentice Hall Hispanoamericana. México,

Módulo V. Calidad y mejora

continua en los servicios de salud

INTRODUCCIÓN

La base de una institución médica para tener un liderazgo en materia de salud y cumplir sus objetivos radica en todos los empleados de la institución, ya sea el Director, Subdirector, responsables del servicio, y en fin, hasta el empleado más modesto, estén convencidos y tomen acciones para que la buena calidad esté de la mano con un costo razonable. Esto proporciona, sin duda, un gran poder para conjugar procedimientos de trabajo médico-quirúrgicos o médico-clínicos en donde se armonice el recurso humano, el tecnológico y el financiero.

Uno de los caminos para buscar eficiencia y calidad en los servicios médicos es la implantación de procesos de calidad total, lo que constituye un elemento esencial para un mejor servicio utilizando para ello nuevas herramientas, conceptos y sobre todo, estrategias de trabajo en grupo y de coordinación de la atención médica.



OBJETIVO

- Aplicar los conceptos de calidad y mejora continua.

PALABRAS CLAVE

Aseguramiento de la calidad
Calidad
Calidad en el servicio de salud
Círculo Deming
Control estadístico de la calidad
Control total de la calidad
Costo de la mala calidad
Desempeño

Eficacia
Equipos de salud
Estrategias competitivas
Garantía de calidad
Impacto
Mejoramiento continuo
Proceso de evaluación de la calidad

TEMAS

1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua.
2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad.
3. Sistemas de costos de la mala calidad.

Autor de todos los temas: Jesús Ríos Martínez



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Segundo avance del trabajo final
(Esta actividad puede ser individual o grupal)

- A. De acuerdo a la matriz de posicionamiento determine el objetivo estratégico.
- B. Diseñe tres estrategias como máximo de su objetivo estratégico, considerando sus habilidades directivas y su área de gestión.
- C. Elabore un plan estratégico analizando la información que tiene a su disposición. Deberá incluir los aspectos económicos y basarse en las técnicas para toma de decisiones.

Extensión máxima de toda la actividad: tres páginas.

Nota: usted deberá enviar este avance al tutor asignado al inicio del Diplomado para el trabajo final.

Tema 1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua

Por Jesús Ríos Martínez



Resumen

Por sí misma la palabra calidad significa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él. Esta definición, al introducir el concepto de valor, nos refiere si la acción que se ejecuta es correcta y en qué escala está bien. En las instituciones de salud este concepto debe ser precisado con prácticas tendientes a la recuperación del paciente en donde la palabra calidad se aplica a un conjunto de acciones, a diversas prácticas y en general a todo un grupo de trabajo que a través del tiempo logran acciones de éxito.

"La evolución determina quién sobrevive y quién queda afuera; tanto en la selva como en los negocios", escribió en 1989 Bruce D. Henderson del Boston Consulting Group. El concepto de calidad también ha sufrido modificaciones a través del tiempo, algunos autores han dividido la evolución de la calidad en generaciones, en donde cada generación se presentan cambios radicales en la manera de administrar la calidad. Así se plantea que la calidad pasó a ser, de una herramienta a una estrategia de negocios, para después convertirse en una rearquitectura y rediseño completo, adentro y hacia afuera de una empresa o institución.

En el proceso de mejora continua las instituciones de salud obtienen una serie de beneficios que se convierten en grandes ahorros, así podemos observar inicialmente una reducción de costos directos e indirectos por medio de la aplicación de las habilidades desarrolladas por el personal de la institución, del trabajo en equipo y de las sugerencias propuestas por los mismos colaboradores. Otra fase es el incremento de los servicios, reduciendo la brecha de lo que necesita el usuario para obtener y recuperar su salud en tiempo y con calidad de vida, servicios que aumentan satisfacción y con ello el reconocimiento y bienestar. El otro punto importante de la mejora continua hacia la calidad es la optimización del proceso productivo al reducir niveles de desperdicio, tiempos molestias y sobre todo eficiencia en los procesos médico-asistenciales y de apoyo a cada uno de los servicios que se prestan.

Tema 1. El movimiento hacia la calidad: de la inspección a la mejora continua

Por Jesús Ríos Martínez

Definición

La palabra calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permiten emitir un juicio de valor acerca de él. En este sentido, se habla de la nula, poca, buena o excelente calidad de un objeto.

Cuando se dice que algo tiene calidad, esta expresión designa entonces un juicio positivo con respecto a las características del objeto. El significado del vocablo calidad en este caso pasa a ser equivalente significado de los términos excelencia, perfección. El concepto de perfección durante la Edad Media era tal, que se consideraba como obra perfecta solo aquella que no tenía ningún defecto.

Se ha acostumbrado hablar de perfección en relación con las mejores expresiones culturales, como son las obras maestras de arte en cualquiera de sus manifestaciones: arquitectura, pintura, música, literatura, etc.; últimamente, sin embargo, los términos perfección y calidad se aplican cada vez con mayor frecuencia a los productos que son el resultado de la actividad de manufactura. Este concepto abarca ahora con mayor énfasis los servicios, entre ellos, las prestaciones médicas.

Calidad en la época artesanal

Los trabajos de manufactura en la época preindustrial, como eran prácticamente labores de artesanía, tenían mucho que ver con la obra de arte. El artesano ponía todo su empeño en hacer lo mejor posible cada una de sus obras cuidando incluso que la presentación del trabajo satisficiera los gustos estéticos de la época, dado que de la perfección de su obra dependía su prestigio artesanal. El juicio acerca de la calidad del producto tenía entonces como base la relación personal que se establecía entre el artesano y el usuario. Cuando alguien necesitaba de un producto, como podría ser una herramienta o un determinado vestido o traje, exponía sus necesidades al fabricante, quien lo elaboraba de acuerdo con los requerimientos establecidos por el cliente. Como eran trabajos "hechos a la medida", el productor sabía de inmediato si su trabajo había dejado satisfecho al cliente, o no.

Calidad designa el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permiten emitir un juicio de valor acerca de él.

El productor sabía de inmediato si su trabajo había dejado satisfecho al cliente, o no.

Calidad a partir de la época industrial

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió. El taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción y que, por consiguiente, eran reemplazables.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Dichos procedimientos han ido evolucionando, sobre todo, durante estos últimos tiempos; ello ha sido, a su vez, ocasión para que se pusieran de relieve determinados matices involucrados en el concepto de calidad.

En este proceso de evolución se distinguen cuatro diferentes etapas:

- 1950-1960 La etapa en la que se cuida la calidad de los productos mediante un trabajo de inspección.
- 1950-1970 La etapa en la que se cae en la cuenta de que la atención a la calidad exige observación del proceso a fin de mejorarlo;
- 1960-1970 La etapa en la que, además del mejoramiento del proceso, se percibe la necesidad de asegurar el mejoramiento introducido;
- 1980-2000 La etapa en la que la administración misma redefine su papel con el propósito de que la calidad del producto sea la estrategia a emplear para tener éxito frente a los competidores.

Primera etapa: el control de la calidad mediante la inspección

Esta etapa coincide con el periodo en el que comienza a tener mucha importancia la producción de artículos en serie. Ante esta situación era necesario ver si el artículo, al final de la línea de producción, resultaba apto o no, para el uso para el que está destinado; por eso, en las fábricas se vio la conveniencia de introducir un departamento especial a cuyo cargo estuviera la tarea de inspección. A este nuevo organismo se le denominó departamento de control de calidad.

Ante esta situación era necesario ver si el artículo, al final de la línea de producción, resultaba apto o no, para el uso para el que está destinado.

G. S. Radford, en su obra *The Control of Quality in Manufacturing*, afirma que la inspección tiene como propósito examinar de cerca y en forma crítica el trabajo para comprobar su calidad y detectar los errores; una vez que éstos han sido identificados, personas especializadas en la materia deben ponerles remedio.

La inspección no solo debe llevarse a cabo en forma visual, sino con ayuda de instrumentos de medición. Radford propone métodos de muestreo como ayuda para llevar a cabo el control de calidad, mas no fundamenta sus métodos en la estadística; habla, además, de cómo debe organizarse el departamento de inspección.

Segunda etapa: el control estadístico de la calidad

Una definición precisa del control a efectuarse en el proceso de manufactura desarrolla técnicas eficaces para *monitorear* y evaluar día a día la producción o el servicio, al mismo tiempo que propone diversas formas para mejorar la calidad.

Shewhart fue el primero en reconocer que en toda producción industrial se da variación en el proceso. Esta variación debe ser estudiada con los principios de la probabilidad y de la estadística.

La administración debe tomar en cuenta este hecho, relacionado íntimamente con el problema de la calidad. No se trata de suprimir la variación, -esto resulta prácticamente imposible-, sino de ver qué rango de variación es aceptable sin que se originen problemas. El análisis expuesto tuvo su origen en el concepto de control estadístico de Shewhart.

No se trata de suprimir la variación, sino de ver qué rango de variación es aceptable sin que se originen problemas.

Mientras Shewhart proseguía su trabajo con respecto al control del proceso, otros investigadores, principalmente Harold Dodge y Harry Romig, avanzaban en la forma de llevar a cabo la práctica del muestreo, que es el segundo elemento importante del control estadístico del proceso.

Las técnicas del muestreo parten del hecho de que en una producción masiva es imposible inspeccionar todos los productos, para diferenciar los productos buenos de los malos. De ahí la necesidad de verificar un cierto número de artículos entresacados de un mismo lote de producción, para decidir sobre esta base si el lote entero es aceptable o no.

La necesidad de elaborar programas de entrenamiento en asuntos referentes al control de calidad con la cooperación de importantes universidades de Estados Unidos, fue la ocasión para que los conceptos y las técnicas del control estadístico se introdujeran en el ámbito universitario.

A finales de la década del cuarenta, el control de la calidad era parte ya de la enseñanza académica. Sin embargo, se le consideraba únicamente desde el punto de vista estadístico y se creía que el ámbito de su aplicación se reducía en la práctica, al departamento de manufactura y producción.

Tercera etapa: el aseguramiento de la calidad

La tercera etapa se caracteriza por dos hechos muy importantes: la toma de conciencia por parte de la administración del papel que le corresponde en el aseguramiento de la calidad y la implantación del nuevo concepto de control de calidad en Japón.

Antes de la década de los cincuenta, la atención se había centrado en el control estadístico del proceso, ya que en esta forma era posible tomar medidas adecuadas para prevenir los defectos. Este trabajo se consideraba responsabilidad de los estadísticos.

Sin embargo, era necesario que quedara asegurado el mejoramiento de la calidad logrado; lo cual significaba que había que desarrollar profesionales dedicados al problema del aseguramiento de la calidad y que, más aún, había que involucrar a todos en el logro de la calidad. Todo lo cual requería un compromiso mayor por parte de la administración. ¿Estaría dispuesta la alta gerencia a un compromiso de este género?

Lo anterior implicaba una partida presupuestal dedicada específicamente a atender programas de calidad. ¿Estaría la administración dispuesta a hacer dicha erogación? Ciertamente se era consciente de que el producto defectuoso incidía en los costos de producción, pero ¿hasta qué grado? La inversión hecha para asegurar la calidad ¿quedaría justificada por el ahorro que significaba evitar el producto defectuoso? Tales eran, en el fondo, los problemas que se planteaban al inicio de esta nueva época del desarrollo del movimiento hacia la calidad.

Cuatro son ahora los autores más importantes que figuran: W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Feigenbaum y Philip B. Crosby. Deming pone de relieve la responsabilidad que la alta gerencia tiene en la producción de artículos defectuosos. Juran investiga los costos de la calidad. Feigenbaum, por su parte, concibe el sistema administrativo como coordinador en la compañía del compromiso de todos en orden al logro de la calidad. Crosby es el promotor del movimiento denominado cero defectos.

W. Edwards Deming ocupa un lugar preponderante en el movimiento hacia la calidad debido, sobre todo, a su planteamiento visionario de la responsabilidad de la administración y la influencia que tuvo en el movimiento japonés hacia la calidad.

Su planteamiento es el siguiente: si se mejora la calidad, disminuyen los costos. La reducción de costos y el mejoramiento de la calidad se traducen mayor productividad. La empresa con mayor productividad es capaz de capturar un mercado cada vez mayor, lo cual le va a permitir permanecer en el mundo de los negocios conservando así las fuentes de trabajo para sus empleados. Hacer este cambio en el sistema es tarea de la alta gerencia.

Joseph Juran, en su libro *Quality Control Handbook* dice que algunos costos de producción son inevitables, pero otros se pueden suprimir. Son inevitables los relacionados con el control de la calidad. Los que se pueden suprimir son los que se relacionan con los productos defectuosos, como son el material de desecho, las horas invertidas en reparaciones, en retrabajo y en atender reclamaciones, y las pérdidas financieras que resultan de clientes insatisfechos. Si se suprimieran todos estos costos invirtiendo en el mejoramiento de la calidad, se lograrían ahorros verdaderamente sustanciales. Se estaría explotando el "oro contenido en la mina". Es responsabilidad de la alta gerencia decidir qué tanto quiere invertir en este mejoramiento. Los administradores, además, deben tener en cuenta que determinadas decisiones tienen consecuencias muy importantes. Por ejemplo, la inversión hecha en el diseño de calidad de un nuevo producto va a repercutir grandemente en los costos de fabricación del producto y en la aceptación que el artículo va a tener entre los consumidores.

Si se suprimieran todos estos costos invirtiendo en el mejoramiento de la calidad, se lograrían ahorros verdaderamente sustanciales.

Armand Feigenbaum en su libro *Total Quality Control*, propone por primera vez el concepto control total de calidad, el principio fundamental del que hay que partir es el siguiente: la calidad es trabajo de todos y de cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso.

Si no intervienen grupos interdepartamentales en todas estas actividades, se corre el riesgo de cometer errores en el proceso, que tarde o temprano van a ser causa de problemas en la línea de ensamble o, peor aun, cuando el producto esté ya en manos del consumidor.

La calidad es trabajo de todos y de cada uno de los que intervienen en cada etapa del proceso.

A fin de que el sistema funcione, es necesario que las compañías desarrollen matrices en las que expresen las responsabilidades que los diferentes departamentos tienen con respecto a determinadas actividades o funciones. De ahí la necesidad de constituir equipos interdepartamentales que tengan como función llevar a la mesa de discusión los puntos de vista de los diferentes departamentos y asegurar el que estos puntos de vista sean tomados en cuenta en la actividad propia de cada departamento. La alta gerencia es, en último término, la responsable de la efectividad del sistema.

Tanto Juran como Feigenbaum señalan la necesidad de contar con nuevos profesionales de la calidad que reúnan conocimientos estadísticos y habilidades administrativas.

Martin Company, pues, articuló una filosofía, según la cual el único standard aceptable de calidad es cero defectos. Para lograr este propósito entrenó a sus trabajadores, hizo eventos especiales, estableció metas y llevó a cabo autoevaluaciones. Philip B. Crosby, quien trabajó en la compañía Martin en la década de los sesenta, divulgó esta filosofía en su libro *Quality Is Free*. A juicio de este autor es técnicamente posible lograr una excelente calidad; la cual es lo más redituable desde el punto de vista económico.

Cuarta etapa: la calidad como estrategia competitiva

Se trata de un cambio profundo en la forma en que la administración concibe el papel que la calidad desempeña actualmente en el mundo de los negocios. Si en épocas anteriores se pensaba que la falta de calidad era perjudicial a la compañía, ahora se valora la calidad como la estrategia fundamental para alcanzar competitividad y por consiguiente, como el valor más importante que debe presidir las actividades de la alta gerencia.

En los servicios de salud la calidad no pasa a ser estrategia competitiva solo porque se apliquen métodos estadísticos para controlar los servicios; como tampoco lo es por el hecho de que todos se comprometan a realizar su función sin “ningún defecto”, pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos; es decir, la salud debe de ser competitiva. La calidad pasa a ser estrategia de competitividad en el momento en el que la alta gerencia toma como punto de partida para su planeación estratégica los requerimientos del usuario y la calidad de los servicios de otras instituciones. Se trata de planear toda la actividad de un hospital, en tal forma de entregar al usuario, servicios que respondan a sus requerimientos y que tengan una calidad superior a la que ofrecen los competidores.

En los servicios de salud la calidad no pasa a ser estrategia competitiva por el hecho de que todos se comprometan a realizar su función sin “ningún defecto”, pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos; es decir, la salud debe de ser competitiva.

El mejoramiento continuo y las actividades de investigación, diseño, manufactura y ventas y/o servicio

Por mejoramiento continuo se entiende la política de mejorar constantemente y en forma gradual los servicios, estandarizando los resultados de cada mejoría lograda. Esta política hace posible, partiendo de estándares establecidos, y alcanzar niveles cada vez más elevados de calidad.

Según Deming, para obtener la calidad que satisfaga los clientes debe:

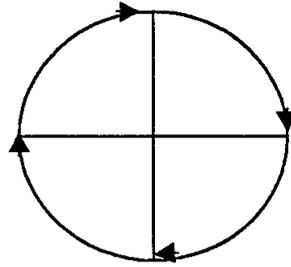
- * Darse una interacción de las actividades de investigación de mercado, de diseño del producto, de fabricación y de ventas, con el propósito de mejorar los niveles de calidad;
- * Esta interacción debe repetirse en forma cíclica.

La interacción mencionada y la forma cíclica de proceder se suele expresar mediante un círculo, denominado círculo de Shewhart o ciclo de calidad.

Por mejoramiento continuo se entiende la política de mejorar constantemente y en forma gradual los servicios, estandarizando los resultados de cada mejoría lograda.

4. INVESTIGACIÓN:
verificación de las reacciones de los usuarios, para ser tomadas en cuenta en el nuevo diseño.

1. DISEÑO:
diseño del producto con pruebas apropiadas.



3. VENTAS.

2. PRODUCCIÓN:
fabricación del producto probándolo en la línea de producción y en el laboratorio.

El círculo nace de un procedimiento en el que se llevan a cabo los siguientes pasos:

Paso 1: Se conocen las necesidades de los clientes.

Paso 2: Se diseña el producto en tal forma que éste responda a dichas necesidades.

Paso 3: El producto se manufactura de acuerdo con el diseño y se pone a prueba.

Paso 4: Se hacen las modificaciones que han sido resultado de las pruebas hechas y el producto se ofrece al público.

Paso 5: Se comprueba la reacción de los consumidores con respecto al producto. Con base en estas reacciones se diseña de nuevo el producto, repitiendo el ciclo a partir del paso 2; y así sucesivamente.

En el ejemplo de los cuadros decorativos, la etapa de planeación incluye conocer las expectativas de los clientes y determinar los objetivos, esto es, decidir qué tipo de producto decorativo se desea elaborar y sus características. Incluye, además, determinar los métodos y tecnología a utilizar para el logro de dichos objetivos.

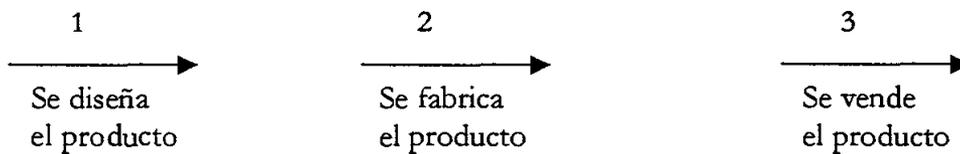
En la etapa de fabricación se da capacitación al obrero en la metodología y tecnología adoptadas y se realiza el trabajo sometiendo a prueba el método instituido. Someter a prueba significa identificar los defectos, verificar las causas de los defectos y corregir la forma de trabajo, a fin de suprimir las causas de los defectos

En la etapa de verificación se pone en venta el producto.

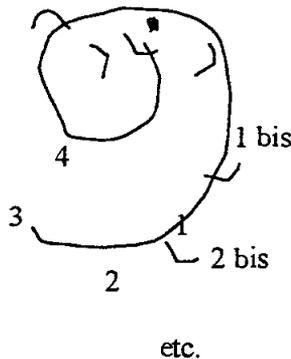
En la etapa de actuación se examinan las reacciones de los clientes; se ve qué les gusta o qué les disgusta de los cuadros decorativos y se toman en cuenta sus sugerencias, a fin de rediseñar el producto de acuerdo con la reacción de los clientes, haciendo hincapié en la innovación, pues este punto conserva a la empresa con una gran capacidad de renovación.

La forma tradicional de proceder y la propia del concepto moderno de control de calidad

* La forma tradicional de proceder ha sido la siguiente:



* En el concepto moderno de control de calidad se procede, en cambio, de la siguiente manera:



1. Se diseña el producto con pruebas apropiadas.
2. Se le fabrica, haciendo pruebas en las líneas de producción y en el laboratorio.
3. Se pone en el mercado el producto.
4. Se investiga la reacción del mercado para saber qué piensa el usuario y por qué otros no lo compran.
- 1 bis. Se rediseña el producto con base en las reacciones de los consumidores con respecto a calidad y precio.
- 2 bis, etc. Los productos hechos de acuerdo con los nuevos diseños, se someten a nuevas pruebas en las líneas de producción y en el laboratorio; etc.

Con esta forma de proceder se desarrolla el proceso de constante mejoramiento que, en forma gradual y mediante pequeños cambios, va mejorando los estándares de calidad. Por tanto, debe proceder aplicando en su actividad el círculo de Deming.

- **Planear** significa entonces diseñar mejoras en el trabajo.
- **Hacer** significa introducir dichas mejoras en el proceso verificando internamente su efectividad.
- **Verificar** significa realizar el trabajo con las mejoras introducidas.

- **Actuar** significa recibir la retroalimentación del departamento-cliente acerca de las mejoras introducidas y con base en dicha retroalimentación institucionalizar el mejoramiento con el propósito de prevenir la repetición de los defectos.

Para continuar con el proceso de mejoramiento continuo, los estándares establecidos con las mejoras introducidas por un primer círculo de Deming deben ser considerados como punto de partida para introducir nuevas mejoras. No es posible el progreso, si no se admite que toda situación es perfectible.

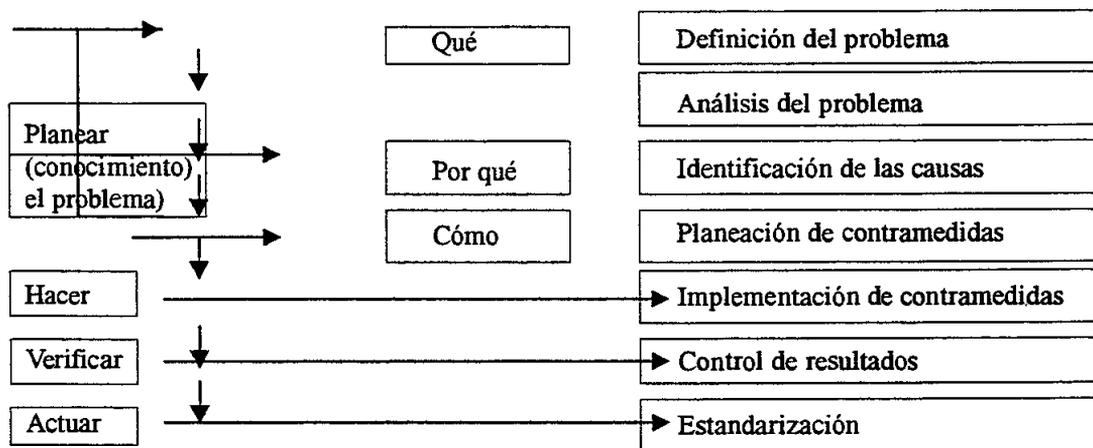
El círculo de Deming debe, pues, entenderse como un proceso a través del cual se establecen constantemente nuevos estándares de calidad con el propósito de que éstos vuelvan a ser revisados y reemplazados por estándares mejores.

Hemos visto también que cada uno de estos procesos parciales debe actuar aplicando el círculo de Deming para dar lugar al mejoramiento continuo.

Ahora bien, este mejoramiento continuo de cada etapa del proceso solo es posible si quienes intervienen en dicho proceso llevan a cabo en su propia actividad laboral el ciclo de calidad. El mejoramiento continuo es el resultado, en último término, de la aplicación del ciclo de calidad por parte de cada trabajador en su propia actividad laboral.

El mejoramiento continuo es el resultado, en último término, de la aplicación del ciclo de calidad por parte de cada trabajador en su propia actividad laboral.

Esta aplicación consiste en las siguientes actividades:



Los trabajadores deben pues intervenir:

- * en la planeación del proceso en el que están involucrados;
- * en la observación del comportamiento del proceso haciendo uso de las herramientas estadísticas;

- * en la identificación de las causas de variación del mismo;
- * en la identificación de las acciones a emprender para disminuir dicha variación;
- * en la verificación del resultado de las acciones emprendidas, lo que tiene lugar cuando escucha la opinión del departamento siguiente que es su cliente;
- * y en el rediseño del proceso, tomando ya en cuenta las observaciones recogidas.

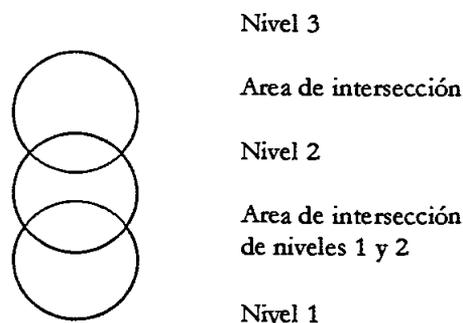
Si los trabajadores proceden en esta forma, no solo van a mejorar constantemente su actividad laboral sino, además, van a desarrollar sus mejores capacidades humanas, pues:

- * El ejercicio de análisis y de planeación que implica el ciclo de calidad desarrolla la capacidad que tiene el ser humano de prever y planear el futuro; capacidad que nos convierte en actores de los acontecimientos, dejando de ser simples espectadores.
- * Además, cuando los resultados comprueban que se hizo bien la planeación, aumenta la confianza de las personas en sus predicciones y en su trabajo de planeación.

El ciclo de calidad debe efectuarse, pues, en todos los niveles de la organización, desde el de los administradores más elevados hasta el de los trabajadores.

Evidentemente, se dan áreas de intersección.

El ciclo de calidad debe efectuarse, pues, en todos los niveles de la organización, desde el de los administradores más elevados hasta el de los trabajadores.



En estos casos, el ciclo de calidad y la toma de decisiones debe ser resultado de la unión de esfuerzos de los comprometidos en dichas áreas de intersección.

La garantía de calidad como resultado del nuevo concepto de control de calidad

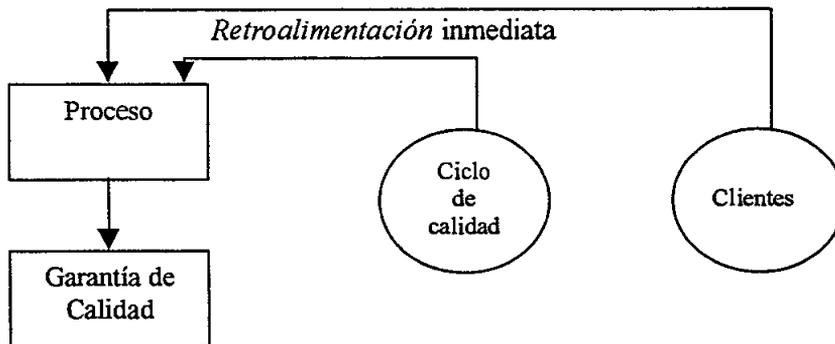
Por garantía de calidad se entiende la seguridad con que una empresa ofrece sus productos o servicios, de modo que el cliente pueda comprar el producto o hacer uso del servicio con la confianza de que se dan las características ofrecidas y de que el producto se puede utilizar por un tiempo razonable en forma satisfactoria.

Cuando el trabajador de línea procede de acuerdo con el ciclo de calidad, la retroalimentación sobre el proceso es instantánea, lo cual permite que se puedan corregir inmediatamente las fallas del trabajo.

Hay que tener en cuenta que, con esta retroalimentación inmediata, se da la retroalimentación que tiene como origen las reacciones de los consumidores. El mejoramiento del proceso, pues, se apoya en una doble retroalimentación; la del responsable del proceso mismo y la que proviene de los consumidores.

El mejoramiento del proceso, pues, se apoya en una doble retroalimentación; la del responsable del proceso mismo y la que proviene de los consumidores.

Retroalimentación del mercado



Este mejoramiento del proceso es lo que, en último término da base a la garantía de calidad.

Necesidad de un nuevo sistema administrativo y de una nueva cultura organizacional

La participación activa y responsable del trabajador en el mejoramiento del proceso implica evidentemente cambiar el modelo administrativo tradicional, en el que el operario solo cumple reglamentos elaborados por el departamento de ingeniería humana, por un nuevo sistema que se basa en la participación de todos en el control de la calidad.

A manera de resumen señalo los catorce pasos de "Crosby":

- Paso 1 Compromiso gerencial.** Asegura que la gerencia media entiende cómo la prevención de errores puede mejorar la calidad en tanto que se reducen los costos. Prepara una política de calidad que establece que cada individuo debe comportarse exactamente como lo requiere el trabajo.
- Paso 2 Equipo para mejoramiento de la calidad.** Se designa un equipo para mejoramiento de la calidad que consiste en un miembro de cada departamento de la compañía. Se debe nombrar a una persona que pueda preparar al departamento para la acción, preferentemente la cabeza del departamento.
- Paso 3 Medición de la calidad.** Establece las mediciones de la calidad en todas las áreas. Estas mediciones se utilizarán para determinar dónde se requiere una acción correctiva y medir el progreso de ahí en adelante.
- Paso 4 Evaluación del costo de la calidad.** Al principio, el costo será bajo, debido a que muchos costos están ocultos. Posteriormente, los costos reales por no hacer las cosas bien la primera vez se harán más aparentes.
- Paso 5 Conocimiento de la calidad.** En este paso, se hace del conocimiento de los empleados el programa para mejorar la calidad por conducto de sus supervisores. Esto no es un programa de motivación, más bien es un esfuerzo de comunicación para familiarizar a los empleados con los efectos que conlleva una calidad baja sobre los clientes.
- Paso 6 Acción correctiva.** Así como se discuten los problemas de la calidad en el paso cinco, las acciones correctivas serán sugeridas por los trabajadores y supervisores. Si se necesita la aprobación de la alta gerencia, los problemas deben ser transferidos; de otra forma, deben resolverse en el nivel más bajo posible.
- Paso 7 Comités para el programa de cero defectos.** Tres o cuatro miembros del grupo de mejoramiento de la calidad, establecido en el paso dos, deben asignarse un comité para investigar el concepto de cero defectos (CD) y encontrar las formas de comunicación del programa a todos los empleados (por ejemplo: letreros, cartelones, juntas). Esto no debe ser un programa de relaciones públicas sino un esfuerzo para explicar por qué las cosas se deben hacer bien la primera vez.
- Paso 8 Capacitación del supervisor.** Se debe establecer un programa formal para capacitar a cada gerente en cada nivel acerca de los conceptos CD.

Esto no es un programa de motivación, más bien es un esfuerzo de comunicación para familiarizar a los empleados con los efectos que conlleva una calidad baja sobre los clientes.

- Paso 9 El día de cero defectos.** Se debe establecer una día aparte para explicar CD a todos los empleados, de tal manera que puedan entender el concepto de la misma forma. El estándar de cero defectos debe ser firmemente establecido ese día.
- Paso 10 Establecimiento de metas.** Estos objetivos deben ser medibles y específicos. Este paso ayuda a la gente a reconocer que el progreso constante hacia la calidad mejorada debe surgir de ellos.
- Paso 11 Eliminación de la causa del error.** A cada empleado se le pregunta que describa los problemas que evitan que realice el trabajo bien la primera vez escribiéndolos en una sola hoja. Es necesaria la retroalimentación rápida a los empleados para mantener el interés y la participación.
- Paso 12 Reconocimiento.** Es necesario el reconocimiento con objeto de proporcionar refuerzo positivo para la eliminación de la causa del error.
- Paso 13 Consejos de calidad.** Los profesionales de la calidad y los dirigentes de los grupos de la calidad provenientes de diferentes áreas deben formar un consejo de calidad.
- Paso 14 Hacerlo de nuevo.** El programa normal toma de un año a 18 meses. En ese tiempo, mucho del conocimiento acerca del programa se pierde debido a rotaciones y situaciones cambiantes. Entonces, el programa debe empezar otra vez con el nombramiento de un nuevo grupo.

Bibliografía

Garvin D. A. (1988) *Managing quality*.

Lloyd D. y Crawford-Mason C. (1991) *Quality or else the revolution in world business*. Ed. Houghton Mifflin Co. Boston.

Mizumo S. 1988 *Company-wide total quality control* ED. Asian Productivity Organization.

Tema 2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad

Por Jesús Ríos Martínez



Resumen

Para que el proceso de calidad total sea efectivo y se convierta en la forma de conducir las acciones de la institución es fundamental tener la capacidad de convertir la filosofía de la calidad en una estrategia de producción de servicios. Por ejemplo, en muchos foros se define la calidad como hacerlo bien desde la primera vez, pero estas palabras deben de traducirse en estrategias y acciones que cobren forma para que los caminos y procesos productivos y de servicio adopten la filosofía de la calidad en hechos, en forma permanente de trabajo, en un cuestionamiento de "cómo lo puedo hacer mejor".

Tema 2. La calidad de los servicios de salud y el control total de la calidad

Por Jesús Ríos Martínez

Los años recientes han visto el crecimiento de un nuevo tipo de mercado mundial sin precedente en volumen, variación y calidad. Es un mercado en el que las expectativas crecientes de los compradores -ya sean consumidores o corporaciones industriales- aunado al cambiante papel del gobierno, han intensificado grandemente las demandas en la administración de los negocios, así las unidades hospitalarias son corporativas con diversos servicios penetrando hacia los usuarios con servicios integrales de salud.

La amplitud y complejidad de estas demandas abarcan un espectro completo de problemas gerenciales, estructura de precio y reducción de costo, relaciones industriales y desarrollo organizativo, cambios tecnológicos y mecanización, o ventas y la introducción de nuevos servicios. Todo esto se está llevando a cabo dentro de un marco en el que los negocios y el gobierno -no sólo a nivel federal, sino a niveles estatales y municipales- están moviéndose hacia un tipo de relación completamente nuevo. Los servicios de salud están cambiando de verse en un plano netamente de gratuidad y bajos precios, a un concepto de competencia y ofrecimiento de calidad.

Es más, un proceso turbulento implica redefinir los “estándares de vida” en términos aceptables para todos nosotros que jugamos el papel dual de consumidores y productores, los debates sobre contaminación, crecimiento económico, consumismo, energía, participación laboral y fabricación en equipo, están llevándonos a cambios tan grandes en nuestros conceptos que algunas personas han empezado a decir que estos cambios constituyen una segunda Revolución Industrial. Los conceptos han ido evolucionando en nuevas dimensiones principales tanto para productos y servicios como para los procesos de ingeniería y manufactura que los producirán, y con ello los servicios de salud deben ser completos y de alta calidad.

Las soluciones efectivas de muchos problemas actuales no son ya un asunto de la administración tradicional y de la metodología de la ingeniería. Son, en vez de eso, el tema sustancial críticamente importante de la nueva administración e ingeniería,

Los servicios de salud están cambiando de verse en un plano netamente de gratuidad y bajos precios, a un concepto de competencia y ofrecimiento de calidad.

y sobre todo, de la combinación de avances médicos con el equipo nuevo y el “Team de salud” como un grupo interdisciplinario enfocado a dar servicio con éxito, tales como:

- Administrar para asegurar la productividad total de los servicios de salud, en vez de únicamente la de médicos, enfermeras y en general los de contacto con el usuario del servicio.
- Administrar para hacer del hombre de negocios, del científico, del ingeniero, del médico y del profesional en salud una *suma* en lugar de una *diferencia*.
- Administrar para enfocar el consumo de productos en forma positiva en vez de negativamente, sobre todo en los centros de costos de apoyo a los que prestan el servicio directo al usuario del servicio.
- Administrar para confrontar la necesidad de la conservación de la energía y materiales, así como la reducción de desperdicios y mejor utilización de recursos.
- Administrar en términos internacionales en vez de hacerlo sólo como administraciones nacionales que buscan abarcar otros mercados, o en su caso, olvidarse del burocratismo y ser una institución de salud eficiente y competitiva.

Administrar en términos internacionales en vez de hacerlo sólo como administraciones nacionales que buscan abarcar otros mercados, o en su caso, olvidarse del burocratismo y ser una institución de salud eficiente y competitiva.

En ninguna parte es esta necesidad de mejora, tan claramente evidente como en el área de la calidad de los servicios médicos y de los productos. Ésta es una situación en la que la industria está vitalmente involucrada, y una que clama por las nuevas tecnologías y sistemas de control total de la calidad.

La esencia del desempeño: calidad y eficiencia

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.

Es importante señalar que, de acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

En México, actualmente se escucha con frecuencia la expresión “calidad y calidez”. En estricto sentido, ambos términos se refieren a lo mismo. En efecto, “calidez” alude a una de las dos dimensiones que integran el concepto “calidad”: esto es, el aspecto interpersonal que, de manera muy efectiva y eufónica, ha sido acentuada creando la impresión, por otra parte, de que “calidad” se refiere sólo a la dimensión técnica, aun cuando no sea así.

Al considerar la definición en que se incluyen tanto beneficios como riesgos, así como las dos dimensiones que la integran, técnica e interpersonal, es importante señalar la diferencia con la típica definición de calidad establecida en el ámbito de la producción de bienes o en otro tipo de organizaciones de servicio a objetos, donde se refiere básicamente al grado de satisfacción del cliente o consumidor. En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede referirse solamente como “satisfacción del cliente”, aun cuando ésta constituya un elemento indispensable para su juicio. En otras palabras, el paciente pudo haber vivido satisfecho hasta su último suspiro; sin embargo, no debió haber muerto. Esta situación pone de manifiesto, además que la percepción de la calidad que tiene el prestador del servicio difiere de la del paciente. Para el primero, la dimensión técnica resalta; para el segundo, la interpersonal es la que más fácilmente se juzga.

Ahora bien, en cuanto a la eficiencia y su relación con la calidad es importante volver a los conceptos. De acuerdo con Scott, es conveniente distinguir entre productividad y eficiencia. La productividad se define como la relación entre insumos y productos, en tanto que la eficiencia representa el costo por unidad de producto. Por ejemplo, en el caso de los servicios de salud, una medida de productividad estaría dada por la relación entre el número de consultas otorgadas por hora/médico, en tanto que la eficiencia se mediría a partir del costo por consulta, mismo que estaría integrado no sólo por el tiempo que dedicara el médico a esa consulta, sino también por todos los demás insumos involucrados en ese evento particular, como pueden ser materiales de curación, medicamentos utilizados, tiempo dedicado por la enfermera, etc.

La distinción radica en la unidad de medida utilizada para representar el concepto. Para la eficiencia la unidad de medida son, explícitamente, los costos; para la productividad son los insumos como tales. Ciertamente, los insumos podrían ser costeados, en cuyo caso la medida de productividad se convertiría en medida de eficiencia. Ambos conceptos se utilizan con frecuencia indistintamente, debido a que en los dos existe una relación entre costos y productos, en un caso explícita (eficiencia), y en el otro implícita (productividad). Aquí, eficiencia se utilizará como concepto pertinente al desempeño organizacional en relación con la calidad de la atención. Ello debido a que, como propone Donabedian en su “definición unificada” de calidad, existe una relación explícita entre costos y calidad y, por ende, entre eficiencia y calidad, como se verá a continuación.

En el caso de la atención a la salud, la calidad no puede referirse solamente como “satisfacción del cliente”, aun cuando ésta constituya un elemento indispensable para su juicio.

Existe una relación explícita entre costos y calidad y, por ende, entre eficiencia y calidad.

En efecto, Frenk, Ruelas y Donabedian propusieron la existencia de tres tipos de eficiencia en los servicios de salud: eficiencia clínica, eficiencia de producción de servicios, y eficiencia gerencial.

La eficiencia clínica se refiere concretamente a la producción de salud; se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable. A esta combinación se le denomina “estrategia de atención”. Así la estrategia más eficiente sería aquella que produjera el mayor grado de mejoría en la salud en relación con un costo determinado, o bien aquella que produjera un cierto nivel de salud con la utilización de recursos menos costosa.

La eficiencia clínica es un componente indiscutible de la calidad de la atención, en tanto coincide con la búsqueda de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles, dentro de un marco de costos razonables. En este caso, la relación entre eficiencia y calidad es directa y estrecha.

El segundo tipo de eficiencia, denominado eficiencia de producción de servicios, se refiere al diseño más adecuado del proceso de producción de servicios, para que los especificados por una determinada estrategia de atención puedan lograrse al menor costo posible. Este es el significado más común cuando se emplea el concepto de eficiencia de los sistemas de salud. La relación con la calidad es nuevamente directa, en tanto que de ella depende también el balance entre beneficios y riesgos, aún cuando este tipo de eficiencia no sea un componente *per se* de la calidad, como lo es la eficiencia clínica.

Por último, la eficiencia gerencial produce políticas y servicios de soporte. Existe entonces también una relación entre este tipo de eficiencia y la calidad, aunque nuevamente ésta sea indirecta.

En conclusión, el concepto de eficiencia en los servicios de salud puede fraccionarse, para su análisis, en tres tipos de eficiencia, entre los cuales la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en ésta.

Hasta ahora hemos establecido las relaciones de la eficiencia con la calidad. Veamos la situación inversa, es decir, la relación de la calidad con la eficiencia.

Para Deming esta relación es muy clara, ya que las estrategias para mejorar la calidad conducen hacia un decremento en los costos, debido a la disminución del número de eventos o procedimientos que deben repetirse por haberse realizado mal la primera vez; la disminución de los retrasos de procesos y procedimientos; la mejor utilización de los recursos, etc. De aquí que, al mejorar la calidad y evitar así las situaciones que se han mencionado, necesariamente se tiende a un incremento en la eficiencia.

La eficiencia clínica se define como el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable.

El concepto de eficiencia en los servicios de salud puede fraccionarse, para su análisis, en tres tipos de eficiencia, entre los cuales la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en ésta.

En la bibliografía relativa al ramo industrial pueden encontrarse numerosos casos documentados en que las estrategias para mejorar la calidad han significado ahorros importantes en los procesos de producción. En las organizaciones de servicios de salud no abundan los éxitos documentados con rigor. No obstante, podemos pensar que una vez desarrollado este campo, podrán encontrarse resultados similares, tal vez no iguales, debido a la particular naturaleza de este tipo de organizaciones. Existe, por consiguiente, una aparente relación recíproca entre calidad y eficiencia. La eficiencia influye en la calidad y ésta, a su vez, en la eficiencia. Por ello, ambas constituyen pilares inseparables del desempeño organizacional.

Sin embargo, el punto medular de la discusión podría ser, no las relaciones existentes entre los conceptos, sino el énfasis en las estrategias que deben adoptarse para mejorar ambas. En apariencia y durante mucho tiempo, el énfasis se puso casi de manera exclusiva en la eficiencia, como si con ello incrementara, en consecuencia, el nivel de calidad. El resultado obviamente no fue el esperado pues, si bien la eficiencia mejoró, en muchos casos se constató un deterioro en la calidad.

¿Cómo explicar que, a pesar de existir una relación donde a las mejoras en la eficiencia de producción corresponde una mejoría en la calidad, estos no siempre suceda?

La respuesta puede estar en la secuencia de las prioridades. Es decir, cuando la prioridad es el incremento de la eficiencia *per se*, y se pierde de vista que el objetivo de los servicios de salud es no solo dar más, sino mejor, la eficiencia se convierte en un fin en sí misma, por demás irracional, dando lugar al lógico deterioro en la calidad. Cuando la prioridad es garantizar la calidad, y se analizan y mejoran procesos y procedimientos, ello debe conducir al incremento racional de la eficiencia del sistema.

Varios autores han puesto de manifiesto estas relaciones recíprocas; en un caso se demostró que los hospitales más eficientes mostraron mejor calidad; en otro los autores señalan que los resultados que obtuvieron “sugieren que una calidad pobre y una utilización de servicios menos eficiente van de la mano”.

Tal vez en ambos casos subyace la eficiencia gerencia como factor determinante de una relación favorable entre calidad y eficiencia, cuando se trata de la organización en su conjunto.

Parece ahora más ético y razonable buscar incrementos en la eficiencia, siempre y cuando éstos se consideren parte de una estrategia global de garantía de la calidad. La experiencia ha demostrado que la búsqueda a ultranza de la eficiencia en los servicios de salud, a pesar de que puede disminuir los costos, deteriora la calidad. Una búsqueda desmesurada y descontextualizada de eficiencia podría conducir, como se mencionó anteriormente, a la iatrogenia sin desperdicios.

Una búsqueda desmesurada y descontextualizada de eficiencia podría conducir a la iatrogenia sin desperdicios.

¿Cuál es el nuevo impacto de la calidad?

Hoy, nuestras agendas y vida cotidiana dependen totalmente de la ejecución y operación satisfactoria de productos y servicios —ya sea una red eléctrica metropolitana, un centro farmacéutico en una unidad de cuidados intensivos, una lavadora de ropa automática para una familia joven que crece, o el automóvil que se usará como autobús familiar catorce horas al día—.

Esta situación sin alternativa —o “redundancia cero”, en términos más técnicos—, es básicamente algo nuevo para la sociedad, y ha aumentado explosivamente la demanda del cliente de mayor durabilidad y confiabilidad en productos y servicios.

Mientras los compradores de hoy continúan comprando con gran atención en el precio, a diferencia de los compradores de hace sólo unos cuantos años, ponen un énfasis cada vez mayor en la calidad, esperando productos aceptables a cualquier nivel de precio. Es la calidad, tanto como el precio, lo que vende hoy, y la calidad lo que atrae de regreso a los clientes por una segunda, tercera o decimoquinta vez. Esto sucede con mayor énfasis en los servicios médicos donde la confianza es vital.

En realidad, los logros sobresalientes de calidad en la salud al satisfacer estos requisitos durante las décadas pasadas son historia conocida. El principal reto que ha surgido de servicios más complejos para el usuario, con mayores funciones está siendo enfrentado con eficiencia creciente desde el campo de los aparatos altamente sofisticados y equipamiento que transmiten y apoyan eficientemente el servicio médico hasta las fibras “milagrosas”. El alto grado de confiabilidad requerido para los sistemas de equipo complejo, desde los transportes a larga distancia hasta la capacitación para su uso, ha logrado enormes adelantos. Si bien es cierto que queda mucho por hacerse, el aspecto de resultados del cuadro de calidad muestra alguna mejoría.

Sin embargo, menos mejoras quedan al descubierto cuando se examina el esfuerzo tras bambalinas para asegurar estos estándares de alta calidad. Por cada peso gastado en planeación de ingeniería, producción y servicio al usuario, un gran número de industrias de hoy están perdiendo muchos centavos adicionales debido a métodos de baja calidad durante la prestación del servicio.

En la industria los costos de calidad y seguridad forman una parte cada vez más importante del Producto Nacional Bruto (PNB). La carga del gasto recae fuertemente sobre el fabricante en forma de costos de calidad que puede ascender del 7 al 10% —y aún más— de las ventas totales facturadas. También influye mucho en el comprador, cuyos costos de operación y mantenimiento pueden ser comparables con el precio original de compra, así como para el comerciante, cuya tasa de rendimiento del producto puede igualar o superar el margen de utilidades.

Es la calidad, tanto como el precio, lo que vende hoy, y la calidad lo que atrae de regreso a los clientes por una segunda, tercera o decimoquinta vez. Esto sucede con mayor énfasis en los servicios médicos donde la confianza es vital.

La calidad y seguridad de los servicios médicos han llegado a ser, por tanto, de importancia primordial para el gobierno y una fuerza política que se debe reconocer.

Mientras el tema de la calidad inunda los tribunales en la forma de una creciente avalancha de demandas de estricta responsabilidad por el servicio, está modificando 2000 años de la ley de “precaución contra el consumidor” para convertirla en fallos de los tribunales “en contra del prestador de servicio”. Y el incremento del interés público respecto a la calidad ha sido tan notorio que está cambiando patrones económicos, legales y políticos que han prevalecido durante largo tiempo. De esta manera tenemos ahora la Comisión de Arbitraje Médico.

El logro y conservación de grados aceptables para el cliente en la calidad de productos y servicios, es hoy un determinante fundamental para la salud, crecimiento y viabilidad económica del negocio de la prestación de servicios médicos. De la misma manera, la calidad se está convirtiendo en un factor principal en el desarrollo e implantación exitosa de los programas médicos y de ingeniería para la realización de las metas principales en el negocio. Además, hoy en día, el control de calidad -los objetivos gerenciales, herramientas, técnicas- debe estar completo y eficazmente estructurado para satisfacer las demandas de esta nueva estructura de mercados y de negocios.

¿Qué es control total de la calidad y cuál es su propósito?

La meta de la industria competitiva respecto a la calidad del producto, se puede exponer claramente: suministrar un producto o servicio en el cual su calidad haya sido diseñada, producida y sostenida a un costo económico y que satisfaga por entero al consumidor.

Cuando utilizamos la frase “control total de la calidad” nos referimos al sistema integral que abarca a toda la institución, en tanto que entidad que persigue esta meta. O bien, elaborando una definición:

“El control total de la calidad es un sistema efectivo de los esfuerzos de varios grupos de una institución para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad con el fin de hacer posibles mercadotecnia, ingeniería, apoyos y servicio, a satisfacción total del usuario de los servicios y al costo más económico”.

Su amplitud y carácter fundamental para el logro de los resultados del negocio, hacen del control total de la calidad un nuevo e importante aspecto de la administración. Como un foco del liderazgo administrativo y técnico, el control total de la calidad ha producido mejoras importantes en la calidad y confiabilidad de los servicios para muchas instituciones de todo el mundo.

Además, el control total de la calidad ha logrado reducciones importantes y progresivas en los costos de calidad.

Por medio del control total de la calidad, las gerencias de las compañías han sido capaces de aprovechar la fuerza y confianza de la calidad de sus productos y servicios, lo que les permite adelantarse en el volumen de mercado y ampliar la mezcla de productos con un alto grado de aceptabilidad del cliente y estabilidad en utilidades y crecimiento.

El control total de la calidad constituye una de las bases de la motivación positiva por la calidad en todos los empleados y representantes de la unidad médica, desde el director hasta trabajadores de intendencia, enfermería, dietistas y el personal eminentemente médico-asistencial. Asimismo, una capacidad poderosa del control total de la calidad es una de las fuerzas principales para lograr una productividad total muy mejorada.

El control total de la calidad constituye una de las bases de la motivación positiva por la calidad en todos los empleados y representantes de la unidad médica.

Las relaciones humanas eficientes son básicas en el control de la calidad. Un resultado importante de esta actividad es su efecto positivo en el trabajador de salud al crearle responsabilidad e interés en producir calidad. En último análisis es como un par de manos humanas que efectúan operaciones importantes que se reflejan en la calidad de la salud. Es de la mayor importancia para lograr éxito en el trabajo de control de calidad, que estas manos se encuentren guiadas en forma experta y consciente y enfocada hacia la calidad.

Además, los conocimientos tecnológicos sólidos son básicos, muchos de los cuales ya están en uso. Quedan incluidos aquí sistemas para la especificación de tolerancias en términos claros para el usuario, métodos rápidos para la evaluación de componentes y sistemas de confiabilidad; clasificación de características de la calidad, métodos de clasificación de proveedores, técnicas en las inspecciones por muestreo, técnicas en los controles de proceso, el diseño de equipo para mediciones en el control de la calidad; sistemas de calibración, establecimiento de normas (estándares), evaluación de la calidad de un proceso médico quirúrgico y clasificaciones promedio, así como la aplicación de técnicas estadísticas en experimentos diseñados por medio de gráficas de X y de R, y muchas más.

Es de interés hacer notar que estos métodos se han utilizado por separado durante muchos años como una definición del control de calidad. Tanto por escrito como de palabra, se encuentra uno con que el control de calidad se define como cierta forma de estudio de casos, como una parte de la estadística médica, como trabajo relativo a la confiabilidad o como un mero acto de inspección o prueba. Estas diversas definiciones describen únicamente partes o métodos individuales de un programa completo del control de la calidad. Y pueden, todas ellas, haber contribuido a la confusión a la cual este término se asocia algunas veces dentro de la salud.

Los términos “control de calidad” y “aseguramiento de la calidad” han llegado a tener diferentes significados en diversas empresas -cada término significa diferentes aspectos de la actividad de la satisfacción del cliente con la calidad-. Los programas de control total de la calidad incluyen e integran las acciones implicadas en el trabajo cubierto por ambos términos.

El significado de “calidad”

La calidad la determina el usuario del servicio, no el médico tratante o el encargado de relaciones públicas o los responsables de apoyo al tratamiento ni mercadotecnia ni la dirección general. Está basada en la experiencia real del usuario con el servicio, medida contra sus requisitos -definidos o tácitos, conscientes o sólo percibidas, ya sea en su estado de salud o en sus perspectivas de vida o por completo subjetivos- y siempre representa un objetivo móvil que lo demuestra en su entorno y es lo que le da la el crédito a una institución de servicios de salud.

La calidad del servicio puede definirse como:

“La resultante total de las características del servicio en cuanto a la atención recibida, a los procedimientos utilizados para su recuperación, y a todos los servicios médicos asistenciales que participaron en los eventos clínico-médicos por medio de las cuales el servicio satisfará la expectativas del usuario”

El propósito de la mayor parte de las medidas de calidad es determinar y evaluar el grado o nivel al que el servicio se acerca a su resultante total.

Algunos otros términos, como confiabilidad, facilidad y oportunidad para darle servicio, en algunas ocasiones se han tomado como definiciones de la calidad del servicio. Estos términos son, en realidad *características* individuales, que en su conjunto constituyen la calidad del servicio.

Es importante reconocer este hecho, porque el requisito clave para establecer lo que se entenderá por calidad exige un equilibrio tanto económico como de satisfacción del servicio que se preste incluyendo todos los elementos que se han mencionado. Entre estas características individuales, existen procedimientos médico-quirúrgicos que originalmente eran sumamente molestos y al cabo de avances tecnológicos, así como nuevas prácticas para abordar el problema han hecho que los servicios médicos tengan una nueva perspectiva ya que el ciclo del comportamiento de un padecimiento tiene factores diferentes que tomar en cuenta para poder calificar su calidad.

Un papel crucial de calidad para la Dirección es reconocer esta evolución en la definición de calidad del usuario del servicio en las diferentes etapas en el

El requisito clave para establecer lo que se entenderá por calidad exige un equilibrio tanto económico como de satisfacción del servicio que se preste.

Se sugiere tratar de concebir los parámetros con un estándar propio sin olvidar lo deficiente o lo mejor de nuestra práctica.

tratamiento de su enfermedad Es importante considerar que si se quiere comparar con otro hospital pudiera ser demasiado tarde ya que siempre existirá un mejor procedimiento o un nuevo equipo para alcanzar un mayor grado de calidad. Por eso se sugiere tratar de concebir los parámetros con un estándar propio sin olvidar lo deficiente o lo mejor de nuestra práctica.

Un factor importante en la calidad moderna es que este ciclo de madurez de muchos productos se ha vuelto rápido, particularmente como resultado del paso acrecentado de nuevas tecnologías en algunas áreas, así como el aumento en las exigencias de los usuarios y las presiones competitivas.

El significado de calidad - orientación a la satisfacción del usuario

Una posible y clara definición de todos los requisitos del usuario del servicio es el primer punto fundamental para el control de calidad efectivo. Cuando esto no se ha llevado a cabo, puede crear un problema inherente que ninguna de las actividades subsiguientes de control puede resolver.

Ha habido en algunas industrias la tendencia a considerar ciertos requisitos de calidad básicos del cliente como algo “extra”, mientras los clientes suponen que son parte de cualquier producto que compran. Esto crea la situación donde, por ejemplo, el vendedor ofrece una unidad de aire acondicionado para el hogar en un cierto precio y después justifica este precio diciendo que es un producto que en verdad enfría y que, por ser también silencioso, cuesta más. Pero ningún cliente escoge conscientemente un producto para refrescar su hogar que no enfríe o que lo mantenga despierto de noche. En una unidad de salud, el usuario asiste a obtener salud y el proceso de recuperación y tratamiento debe de estar acorde al procedimiento, es decir, la razonabilidad de los actos médicos son básicos para calificar de adecuado la “calidad de los servicios”.

En la frase “control de calidad”, la palabra calidad no tiene el significado popular, de “mejor” en sentido abstracto.

En la frase “control de calidad”, la palabra calidad no tiene el significado popular, de “mejor” en sentido abstracto. Industrialmente quiere decir “mejor dentro de ciertas condiciones del consumidor”; ya sea que el producto sea tangible (un automóvil, un refrigerador, un horno de microondas) o intangible (programas de rutas de autobús, servicio de restaurante y hospital). En este último caso lo intangible se “siente” es una apreciación de “vida”.

Dentro de estas condiciones son importantes, 1) la calidad de vida y 2) el costo del servicio. A su vez, estas dos condicionantes se reflejan en otras diez condiciones adicionales de producto y servicio:

1. La especificación de la que se sujeta el usuario del servicio médico.
2. Los objetivos de confiabilidad y duración (“vida”).

3. Los requisitos de seguridad (cuidados para la vida normal).
4. Las normas aplicables (reglas de comportamiento).
5. Los costos de recuperación y calidad de vida.
6. Las condiciones de servicio bajo las que se atendió al paciente.
7. Consideraciones ambientales y otras consideraciones por “efectos secundarios”.
8. Los costos de operación, uso y servicio que el usuario hace para sostener la salud.

El significado de “control”

Control se puede definir como un proceso para delegar responsabilidad y autoridad para la actividad administrativa mientras se retienen los medios para asegurar resultados satisfactorios.

Control se puede definir como un proceso para delegar responsabilidad y autoridad para la actividad administrativa mientras se retienen los medios para asegurar resultados satisfactorios.

El procedimiento para alcanzar la meta industrial o de servicio de calidad se denomina, por tanto, “control” de calidad, de la misma manera que los procedimientos para alcanzar la producción y objetivos de costos se llaman, respectivamente, “control” de producción y “control” de costos. Normalmente hay cuatro pasos para este control:

1. **Establecimiento de estándares.** Determinación de estándares requeridos para los costos de la calidad, el funcionamiento, la seguridad y la confiabilidad del servicio.
2. **Evaluación del cumplimiento.** Comparación del cumplimiento entre el servicio médico o el servicio ofrecido y los estándares.
3. **Ejercer acción cuando sea necesario.** Corrección de los problemas y sus causas en toda la gama de los factores de salud hasta la satisfacción del usuario.
4. **Hacer planes para mejoramiento.** Desarrollar un esfuerzo continuo para mejorar los estándares de los costos, del comportamiento hacia el usuario y de la confiabilidad del servicio.

El control eficaz es hoy un requisito central para la administración exitosa. Cuando este control ha fallado, ha sido causa principal de aumentos en los costos y reducción en los ingresos y su fracaso ha sido también un contribuyente principal para los acontecimientos relacionados con confiabilidad, seguridad y posibles reclamaciones por mal servicio que han añadido nuevas dimensiones a los problemas de la Dirección de una unidad de servicios de salud.

Como se mencionó, el ritmo de la tecnología está aumentando cada vez más rápidamente para muchos productos y servicio. Esto ocasiona una demanda

igualmente en aumento, para la integración práctica y económica de esta nueva tecnología en las prácticas operacionales de una institución.

En tan importante estudio de planeación, se formuló la conclusión de esta manera: los cambios importantes dentro de la próxima década estarán en la estructuración de las actividades operacionales (para el control), así como en los nuevos adelantos en las mismas tecnologías operacionales.

Este retorno al control como énfasis central para la administración es un factor principal de equilibrio para las actitudes hasta fechas recientes, con su fuerte orientación hacia el crecimiento en ingresos y servicios. Sin embargo, para el ámbito de calidad, es una reafirmación de principios básicos. Estos principios son los de control en el sentido positivo y autónomo de establecer estándares orientados preventivamente al control; valuación del desempeño y logro de resultados contra estos estándares; para luego asegurar las acciones necesarias de ajuste en todo el ciclo de la atención médica.

Los cambios importantes dentro de la próxima década estarán en la estructuración de las actividades operacionales (para el control), así como en los nuevos adelantos en las mismas tecnologías operacionales.

¿Cuál es el alcance del control total de la calidad?

El fundamento de este concepto de calidad total y su diferencia básica en relación con otros conceptos, es que para proporcionar una efectividad genuina, el control debe iniciarse con la determinación de los requisitos de calidad que exige el usuario y terminar hasta que el servicio ha sido satisfecho. El control total de la calidad guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información para lograr este objetivo.

La razón de lo anterior es que la calidad de todo servicio tiene el efecto de muchos de los pasos del ciclo.

1. La mercadotecnia evalúa el grado de calidad que desea el usuario y por el cual está dispuesto a pagar.
2. La técnica médica traduce la evaluación de mercadotecnia a especificaciones exactas.
3. La Administración escoge, contrata y retiene a los proveedores de piezas, materiales y servicios.
4. La ingeniería biomédica selecciona matrices, herramientas y procesos de servicio.
5. La supervisión del servicio y el personal del hospital ejercen una influencia decisiva durante la atención de los servicios intermedios y finales.

6. La inspección y supervisión médica comprueban el cumplimiento con las expectativas del usuario.

Bibliografía

Fundación Mexicana para la Salud, *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. No. 8* Documentos para el análisis y la convergencia. Economía y Salud 1994.

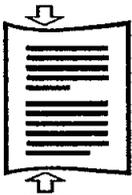
Kumate Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos: ¿utopía o realidad?* El Colegio Nacional. México, 1989.

Nussbaum C. *Martha* y Amartya Sen (Compiladores). *La Calidad de vida*. 1996. Fondo de Cultura Económica.

Stoner A. F James Jr., R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert *Administración*. Pearson. Prentice Hall.

Tema 3. Sistemas de costos de la mala calidad

Por Jesús Ríos Martínez



Resumen

La mala calidad cuesta, y en las instituciones de salud el precio es muy caro, ya que no solo se traduce en problemas económicos sino que estamos hablando de vidas, de calidad de vida, de recuperación de habilidades y de incorporar al proceso productivo recursos que se han dañado.

Debemos de entender que una mala calidad no es reponer lo mal hecho, sino la pérdida de confianza del usuario de los servicios médicos, y esa desconfianza influye a su vez en la comunidad, estableciendo un disparador en la confianza que tanto ayuda en la recuperación ya que forma parte del tratamiento. El costo de la mala calidad se define como el fracaso del objetivo del proceso que estemos midiendo, es la desvinculación del grupo de trabajo fuera de sus propósitos esenciales.

Los costos de la mala calidad en los servicios médicos deben ser medidos, ya que se debe de estar conscientes de que su conocimiento es una herramienta para ayudar a los directivos de los hospitales o de las unidades de salud a orientar las actividades actuales y planificar el futuro. Debemos analizar la eficacia de las actividades realizadas y poner un método de *monitoreo* que nos ayude a que el costo de la mala calidad, si éste se presenta, sea atacado en tiempo y no esperar que los resultados sean desastrosos para tomar medidas. Se debe tener un sistema de medición del costo de mala calidad, ya que es la única forma de emprender un proceso continuo hacia la calidad.

Tema 3. Sistemas de costos de la mala calidad

Por Jesús Ríos Martínez

La base de las instituciones para tener liderazgo competitivo es el hecho de que todos los empleados ya sean médicos, auxiliares administrativos, estén convencidos y tomen acciones para que la buena calidad esté tomada de la mano de un buen costo. Esto proporciona a las instituciones un gran poder para tener éxito en los mercados actuales, en donde el modo de producir los servicios es hacerlos cada vez más rápidos y más baratos, el volver a la vida activa a un paciente es un objetivo preciso y cuantitativo.

Uno de los mitos en la cultura del negocio es la creencia de que la mejor calidad exige un costo mayor, y que de alguna manera es más difícil los servicios que se prestan. Los hechos han demostrado repetidamente el principio de que la buena calidad significa buena utilización de recursos -equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo- y por consiguiente, supone costos más bajos y productividad más elevada.

Actualmente, los directivos de instituciones de salud se han dado cuenta de que en los mercados internacionales los servicios de calidad proporcionan un rendimiento de la inversión mayor e incrementan la participación de la institución en el mercado. En consecuencia, han prestado mucha atención en mejorar la calidad los servicios que prestan todos los trabajadores de salud. Esta mayor atención ha revelado tres verdades:

1. No es más caro suministrar productos y servicios de alta calidad. En realidad, en muchos casos, es más barato.
2. Cuando se resuelven los problemas de calidad, se reducen grandemente los problemas de costo y tiempo.
3. La unidad de medida de toda la empresa es el dinero, término que todo directivo médico y no médico comprende y que puede utilizar eficientemente.

La buena calidad significa buena utilización de recursos -equipos, materiales, información, y recursos humanos sobre todo- y por consiguiente, supone costos más bajos y productividad más elevada.

¿Qué es el costo de la mala calidad?

La mala calidad le cuesta dinero a la institución, la buena calidad le ahorra dinero. Muchas instituciones de salud no miden el costo de la mala calidad, y si no se mide no se puede controlar. Es importante diferenciar el costo cuando no se tiene calidad y el costo de la calidad.

La mala calidad le cuesta dinero a la institución, la buena calidad le ahorra dinero.

Calidad de clase mundial quiere decir proporcionar servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los usuarios a un costo que representa el valor para el usuario. No es necesario producir servicios que excedan en mucho las expectativas de los usuarios, pero siempre es necesario satisfacer completamente esas expectativas.

La calidad no es el costo de dar un servicio, es el valor que recibe el usuario en salud y bienestar. Se necesita disponer de un sistema que defina la diferencia entre lujo y la adecuación de uso, entre el despilfarro y el comportamiento óptimo. Forma parte de este sistema, la cuantificación de lo que la institución gasta, porque todas las cosas, personas y materiales no son perfectos.

La calidad no es el costo de dar un servicio, es el valor que recibe el usuario en salud y bienestar.

Un sistema informativo de los costos de mala calidad es una herramienta necesaria del sistema de calidad de la institución, en el sentido de que dirige la atención de la Dirección y mide el éxito de los esfuerzos de la institución para proporcionar salud eficiente.

En una institución utópica los costos de la mala calidad son cero. El equipo de salud siempre realiza correctamente su trabajo, por lo tanto, no hace falta comprobar nada. Nunca hay un defecto en los suministros, y los equipos siempre funcionan correctamente, y sobre todo, el diagnóstico y tratamiento siempre son acertados.

Pero en cualquier institución, las cosas son diferentes, las personas cometen errores, el equipo no funciona bien, las piezas se descomponen. En consecuencia, se necesita verificadores, inspectores, supervisores y departamentos de orientación y quejas.

La diferencia entre los servicios y las quejas y reinternamientos en la institución utópica y la institución real ilustra la definición del costo de la mala calidad.

El costo de la mala calidad se define como:

El costo incurrido para ayudar al trabajador de salud a que haga bien el trabajo todas las veces y el costo para determinar si los servicios son aceptables, más cualquier costo en que incurre la institución y el usuario porque los servicios no cumplen las especificaciones y/o las expectativas del usuario.

Los elementos de los costos de la mala calidad son:

Costos directos de mala calidad:

- A. Costos controlables de la mala calidad.
 - 1. Costos de prevención.
 - 2. Costos de evaluación.
- B. Costos resultantes de mala calidad.
 - 1. Costos de los errores internos.
 - 2. Costos de los errores externos.
- C. Costos de los equipos.
- D. Costos administrativos.

Costos indirectos de mala calidad:

- A. Costos para el usuario.
- B. Costos por la insatisfacción del usuario.
- C. Costos por la pérdida de reputación.

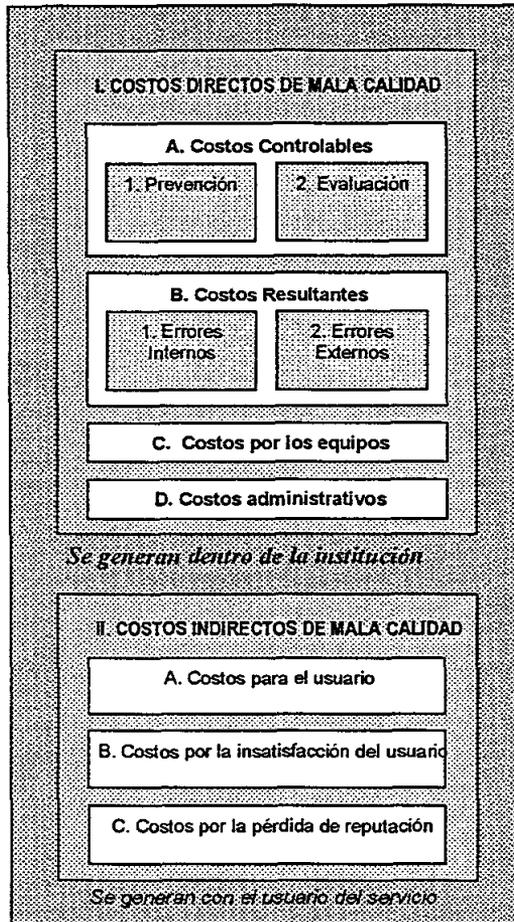
En la siguiente figura se pueden apreciar los CMC que se generan dentro de la institución y los costos que se generan cuando el servicio prestado se encuentra con el usuario.

En dónde usar el CMC

Tradicionalmente el costo de la mala calidad (CMC) se utiliza principalmente para medir los costos de servicio. Pero hay que darse cuenta que en todos los departamentos, tanto en los servicios de producción finales como en la administración o de apoyo, se cometen errores.

Existen estudios que refieren que el costo de la mala calidad de las áreas administrativas y de apoyo a la atención médica es del 20 al 35% de los gastos totales de estos departamentos. La mayoría de las instituciones aceptan como normales el costo de los errores administrativos y de apoyo, y sus consiguientes controles y estadísticas. La medición del costo de la mala calidad en las áreas administrativas, fija la atención de la dirección en estas pérdidas pasadas por alto, sobre todo en auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

El costo de la mala calidad de las áreas administrativas y de apoyo a la atención médica es del 20 al 35% de los gastos totales de estos departamentos.



Elementos de los costos de la mala calidad

También se aplica la medición del costo de mala calidad al impacto que los errores tienen sobre el usuario. Con frecuencia, el costo para el usuario cuando hay un error puede superar con mucho el costo de la reparación del servicio mal prestado, y que no decir hasta la vida del propio usuario.

¿Por qué usar el CMC?

El costo de la mala calidad proporciona una herramienta muy útil para cambiar la forma en que la dirección y los equipos de salud piensan sobre los errores. El CMC ayuda a:

- 1. Llamar la atención de la dirección y a los responsables del servicio.**
Al hablar a los directivos en términos de dinero les proporciona información tangible. Saca a la calidad de lo abstracto y lo convierte en una realidad.

2. **Cambiar la forma en que el trabajador de salud piensa sobre los errores.**
Los empleados comprenden los costos que se generan por los errores que cometen.
3. **Proporcionar un mejor rendimiento a los recursos asignados para resolver el problema.**
Ayuda a identificar oportunidades de mejora, a dar prioridades a esas oportunidades, establecer los objetivos y medir los progresos realizados.
4. **Proporcionar un medio para medir el verdadero impacto de las acciones correctoras y los cambios realizados para mejorar el proceso.**
Centrándose en el costo de la mala calidad del proceso total se puede optimar el proceso, comprender como un todo el proceso integral de la atención médica.
5. **Proporciona un método sencillo y comprensible para medir el efecto que la mala calidad tiene sobre la institución.**
Tener un indicador de dinero ayuda a dirigir las acciones correctoras y de mejora a donde se vayan a obtener un mejor rendimiento. Debemos comprender que en instituciones de salud un usuario satisfecho se eleva exponencialmente su opinión en beneficio de la institución.

Limitaciones del CMC

El costo de la mala calidad no puede por sí mismo resolver los problemas de calidad u optimar el sistema de calidad. Es tan solo una herramienta que ayuda a que los directivos comprendan la magnitud del problema de la calidad, determina con precisión las oportunidades para mejorar y mide los progresos que se están realizando con las actividades de mejora.

El sistema de CMC tiene que ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que reduzca los errores que se están cometiendo tanto en las áreas administrativas como en las de producción y prestación del servicio.

Ventajas de un sistema de costos de mala calidad

Un sistema de costos de la mala calidad tiene que ir acompañado de un proceso de mejora eficaz que utilice los datos de los costos de mala calidad (CMC) para dirigir los esfuerzos y medir los progresos realizados, lo cual tiene las siguientes ventajas:

Proporciona una entidad manejable. Cambia la calidad: de ser un término abstracto, la convierte en una entidad manejable. Poniendo la calidad en una unidad tangible (dinero) hace que la dirección sopesa la magnitud de los problemas de la calidad y les dé la prioridad correcta.

Los CMC proporcionan a la dirección una visión de lo que la falta de calidad le cuesta a la institución. La primera reacción será de sorpresa, luego de incredulidad y posteriormente de darse cuenta de que por primera vez se les ha suministrado una herramienta que les permite gestionar adecuadamente un elemento que tiene un gran impacto sobre la rentabilidad y ahorro presupuestal de la institución.

Proporciona una visión única de la calidad. Permite que la situación de la calidad total de la institución de salud se resuma y vea en función de un término común. Cuando los muchos y variados informes, terminologías y entradas se reúnen en función del dinero, se pueden acumular, agrupar y resumir para obtener un cuadro comprensivo del costo de la mala calidad de la institución, esto es importante porque habrá que definir en cada servicio del hospital (consulta, lavandería, alimentación, quirófano, etc.), cómo están haciendo las cosas, dónde se están haciendo mal y lo que esto ocasiona.

Proporciona un medio para medir los cambios. Proporciona la manera de encontrar el punto óptimo operativo provisional del sistema de calidad. Cuando la dirección tiene muchas solicitudes de presupuesto de sus áreas, el sistema del CMC proporciona la información necesaria para saber en dónde invertir los recursos de que se dispone, que aquí puede ser en capacitación, mejoras de equipo, etc.

El sistema del CMC proporciona la manera de medir el rendimiento de las inversiones en la calidad y ajustar las mismas para satisfacer las actuales necesidades cambiantes, sobre todo en servicios donde se detecte que estaba haciendo mal su trabajo.

Proporciona un sistema de prioridades para los problemas. Ayuda a dar prioridades entre las actividades correctivas. Los problemas más visibles o incluso los que ocurren con más frecuencia, no siempre son aquellos cuya solución proporcióna mayores beneficios.

Alinea la calidad con los objetivos de la institución. Asegura que los objetivos de calidad estén alineados con los fines y objetivos de la institución. Con frecuencia, algunos directivos impulsan objetivos por interés propio, olvidándose de la verdadera razón por lo que la institución está en el negocio: dar servicios con beneficios y a un costo razonable.

Un servicio de calidad es el que el usuario recibe y se siente cuando lo necesita; asimismo, tiene un costo a un nivel que representa valor para el usuario.

Habrá que definir en cada servicio del hospital cómo están haciendo las cosas, dónde se están haciendo mal y lo que esto ocasiona.

El sistema del CMC proporciona la información necesaria para saber en dónde invertir los recursos de que se dispone.

La verdadera razón por lo que la institución está en el negocio: dar servicios con beneficios y a un costo razonable.

Un servicio de calidad tiene que mantener estos requisitos y, si lo hace, tendrá un impacto importante sobre el incremento de los beneficios y prestigio que tanto necesitan las instituciones de salud y de la participación de la misma en el mercado de salud.

Distribuye correctamente el presupuesto para obtener los máximos beneficios. La mayoría de las instituciones gastan demasiado dinero en la evaluación, descuidando el de prevención.

En algún punto hay que dejar de enseñar a la gente y ponerla a trabajar para producir buen servicio. El sistema del CMC proporciona la manera de evaluar la eficacia con que se utiliza este dinero crítico.

Introduce la calidad en la sala de juntas. Contribuye a la comunicación eficaz entre la coordinación de calidad y la alta dirección, ya que el dinero es el lenguaje común para todos los trabajadores de salud.

Mejora el uso eficaz de los recursos. Como el CMC transforma los problemas de calidad en oportunidades para ahorrar dinero, los departamentos operativos de la institución tienen una herramienta eficaz para poner de relieve los problemas que proporcionen el mayor rendimiento a la institución, sobre todo se traduce en ahorros.

Combinando los datos del sistema de CMC con el análisis de un diagrama de Pareto se obtiene una guía para dar prioridades a las acciones correctivas, informando en dónde, cuándo y cuánto invertir.

Incrementa los beneficios de la institución de salud. La reducción del CMC es una de las mejores maneras de incrementar los beneficios de la institución de salud, ya que cada peso del CMC que se gasta sale directamente del presupuesto de la institución y cada peso que se ahorra en el CMC ingresa directamente a la institución y puede ser gastado en mejoras sustanciales.

Aporta un nuevo énfasis para hacer bien el trabajo todas las veces. Cuando los empleados dejan de considerar la repetición de estudios como errores o defectos y comienzan a verlos como dinero, las cosas comienzan a cambiar.

Los jefes de departamento son los responsables de hacer que surja este cambio en la forma de pensar. Esto se puede conseguir revisando con los empleados el informe sobre el CMC del departamento. Es muy importante conseguir que los empleados piensen en el impacto financiero que tienen sus errores sobre el presupuesto de la institución, involucrarlos en cuánto cuesta volver a hacer las cosas.

El sistema del CMC proporciona la manera de evaluar la eficacia con que se utiliza este dinero crítico.

Combinando los datos del sistema de CMC con el análisis de un diagrama de Pareto se obtiene una guía para dar prioridades a las acciones correctivas.

Ayuda a establecer nuevos procesos. Al tener una visión financiera de los procesos actuales, se pueden diseñar nuevos procesos de manera que se eliminen las operaciones que tienen un costo elevado de evaluación y de corrección.

Con frecuencia, los datos del sistema de CMC se utilizan para justificar nuevos o más equipos de cómputo e instrumentos de medición para la inspección, mejorar la transportación o justificar nuevos equipos para los procesos. La única manera en que se pueden eliminar los errores es centrándose en el sistema, no en las personas. Las personas trabajan dentro de las limitaciones que le impone el sistema.

Proporciona una medida de las mejoras realizadas. La reducción del porcentaje de los CMC respecto al costo total del servicio, es la única medida que puede evaluar eficazmente las acciones y los procesos de mejora.

Para competir hoy, una institución de salud tiene que seguir mejorando sus servicios, tanto para sí misma como para sus usuarios.

A continuación se muestra un cuadro donde se señalan los elementos que influyen para acrecentar el costo de la mala calidad de los servicios médicos, tomado del libro "Economía y Salud", editado por la Fundación Mexicana para la Salud.

Al tener una visión financiera de los procesos actuales, se pueden diseñar nuevos procesos de manera que se eliminen las operaciones que tienen un costo elevado de evaluación y de corrección.

Bibliografía

Fundación Mexicana para la Salud, *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. No. 8* Documentos para el análisis y la convergencia. Economía y Salud 1994.

Kumate Jesús y Guillermo Soberón, *Salud para todos: ¿utopía o realidad?* El Colegio Nacional. México, 1989.

Nussbaum C. *Martha* y Amartya Sen (Compiladores). *La Calidad de vida*. 1996. Fondo de Cultura Económica.

Stoner A. F James Jr., R. Edward Freeman, Daniel R. Gilbert *Administración*. Pearson. Prentice Hall.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Segundo avance del trabajo final

(Esta actividad puede ser individual o grupal)

- A. De acuerdo a la matriz de posicionamiento determine el objetivo estratégico.
- B. Diseñe tres estrategias como máximo de su objetivo estratégico, considerando sus habilidades directivas y su área de gestión.
- C. Elabore un plan estratégico analizando la información que tiene a su disposición. Deberá incluir los aspectos económicos y basarse en las técnicas para toma de decisiones.

Extensión máxima de toda la actividad: tres páginas.

Nota: usted deberá enviar este avance al tutor asignado al inicio del Diplomado para el trabajo final.

Módulo VI. Evaluación económica

INTRODUCCIÓN

La necesidad de establecer prioridades surge del hecho de que no todas las enfermedades pueden ser erradicadas ni se puede satisfacer todas las necesidades médicas de la población, debido principalmente a la escasez de recursos y a la limitación presupuestal que enfrentan los países en el mundo. La evaluación económica se centra en la identificación de diferentes alternativas o subsecuentes cursos de acción posibles en una situación de elección y la necesidad de compararlas en términos de su eficiencia social, en la medida y valoración de los efectos que se supone tienen una relación directa con el bienestar.

En la evaluación económica se tiene la necesidad de establecer prioridades; también se centra en opciones y alternativas y en el problema de la optimización de recursos sujeta a la restricción presupuestal de la sociedad.

El objetivo principal de la evaluación económica es identificar, medir, valorar y comparar los costos y consecuencias de las alternativas consideradas para maximizar el beneficio social total.

La evaluación económica se compone de dos partes: evaluación microeconómica y evaluación macroeconómica. En este módulo se analizarán solo las técnicas microeconómicas debido a su importancia y utilidad para problemas de salud en el ámbito de la microgestión. Para hacer más accesible la lectura de los temas, no se plantea la formulación matemática, ni el desarrollo de fórmulas que conlleven los conceptos económicos planteados. Por lo que se sugiere al participante que quiera profundizar consulte la bibliografía utilizada.



OBJETIVO

- Utilizar los criterios de evaluación económica para la toma de decisiones.

PALABRAS CLAVE

Análisis de eficacia	Costos directos	Evaluación <i>ex-post</i>
Análisis de efectividad	Costos fijos	Evaluación microeconómica
Análisis de disponibilidad	Costos indirectos	Evaluación macroeconómica
Análisis de factibilidad	Costos intangibles	Excedente
Análisis costo- beneficio	Costo marginal	Ganancia neta
Análisis costo- efectividad	Costos semifijos	<i>Minimización</i> de costos
Análisis costo- utilidad	Costos variables	Políticas públicas
Beneficios	Efectos directos e indirectos	Racionalidad
Consecuencias	Eficiencia	
Costos de oportunidad	Evaluación <i>ex-ante</i>	

TEMAS

1. Evaluación económica en el campo de salud.
2. Aplicaciones de evaluación económica en salud. Ejercicios prácticos resueltos para cada una de las técnicas de evaluación.

Autora de todos temas: G. Esthela Redorta Zúñiga.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tercer ejercicio
Ejercicio individual

Nota: Este ejercicio deberá enviarse a la Mtra. Esthela Redorta.

Aplicaciones de evaluación económica en salud Ejercicios prácticos para cada una de las técnicas de evaluación

Instrucciones

Los ejercicios aplicados al tema 1 son para el análisis de la metodología y de los resultados. Se trata que, a partir de los casos expuestos, usted:

- Exponga su punto de vista como evaluador externo.
- Externe su opinión sobre la metodología.
- Analice los indicadores utilizados.
- Analice los resultados del ejercicio en términos de aciertos, críticas o cuestionamientos y propuestas.

Deberá presentar su análisis y comentarios sobre los ejercicios en un máximo de dos páginas.

Debido a que se trata de una presentación breve del proyecto realizado, en algunos ejercicios, los resultados se obvian, o se encuentran implícitos en los supuestos o en los mismos resultados.

Tema 1. Evaluación económica en el campo de salud

Por G. Esthela Redorta Zúñiga



Resumen

En este tema se plantean algunos aspectos conceptuales económicos para entender la evaluación económica a nivel micro. Se definen los tipos de costos y la diferencia de los costos económicos y costos contables. Se exponen las técnicas costo beneficio, costo efectividad, costo eficacia y costo minimización, con sus características distintivas de cada uno de los métodos.

Se hace hincapié en el plazo de los costos y los beneficios dónde se ve la tasa de descuento, el valor presente y el costo de oportunidad. Se incluye un cuadro resumen de las diferentes técnicas de evaluación sobre el tipo de medida de los costos y las consecuencias. Además, se presentan para su análisis ejemplos aplicados para cada una de las técnicas de evaluación microeconómica.

Tema 1. Evaluación económica en el campo de salud

Por G. Esthela Redorta Zúñiga

La macroeconomía

La macroeconomía, en su forma tradicional, centra su atención en el nivel de utilización de los recursos, especialmente el nivel de empleo y el nivel general de precios. Además, la macroeconomía se aboca al crecimiento del producto potencial, así como a los determinantes de su nivel de aprovechamiento de los recursos y al origen de las grandes y algunas veces prolongadas fluctuaciones en el nivel de empleo. En el presente módulo nos limitaremos al campo de la microeconomía.

La microeconomía

La microeconomía clásica, o la teoría de los precios, estudia el comportamiento económico de las unidades decisorias individuales, como consumidores, propietarios de los recursos, y compañías comerciales en una economía de libre empresa. La microeconomía es el análisis del mercado, es decir, el análisis del comportamiento del mercado y de los consumidores.

La teoría microeconómica asume el pleno empleo de los recursos y la aplicación de los recursos escasos en su nivel óptimo. De tal manera que el centro de análisis es la determinación de los precios relativos y la asignación de recursos escasos a aplicaciones alternativas.

El problema de la escasez. La palabra escasez se asocia íntimamente con el concepto de economía o de limitado. La escasez es el problema central de toda economía. Los recursos de toda sociedad son limitados o escasos. La capacidad de toda sociedad para producir bienes y servicios es también limitada.

Mercados, funciones y equilibrio

Un mercado es el lugar o situación en el que los compradores y los vendedores compran y venden bienes, servicios y recursos.

La microeconomía clásica, o la teoría de los precios, estudia el comportamiento económico de las unidades decisorias individuales.

Un mercado es el lugar o situación en el que los compradores y los vendedores compran y venden bienes, servicios y recursos.

Una función muestra la relación entre dos o más variables. Indica de qué manera el valor de una variable dependiente depende de otra o otras.

El equilibrio denota una condición del mercado que, una vez alcanzada, tiende a persistir, es el resultado de la igualación de las fuerzas del mercado.

En resumen, hay un mercado para cada artículo, servicio o recurso, es decir hay una función de demanda en el mercado para cada uno de estos que es resultado de la relación entre la cantidad demandada dentro de un periodo de tiempo y el precio del artículo o diferentes niveles de precios en función de la demanda. Ocurre una condición de equilibrio en el mercado de un artículo cuando las fuerzas de la demanda y de la oferta se igualan.

Evaluación económica en el campo de la salud

Definiremos a la evaluación económica como: “el análisis comparativo del desarrollo de las alternativas en términos de sus costos y consecuencias”. Entonces, el objetivo principal de la evaluación económica es identificar, medir, valorar y comparar los costos y consecuencias de las alternativas consideradas (Drumond MF, Stoddart GL, Torrance GW, 1987).

El objetivo principal de la evaluación económica es identificar, medir, valorar y comparar los costos y consecuencias de las alternativas consideradas.

Desde una perspectiva más amplia, el análisis microeconómico consiste en el análisis del comportamiento del mercado: oferta, demanda, competencia, precios, comportamiento de los consumidores y su disposición a pagar o a ahorrar dependiendo de la tasa de interés que prevalece en el mercado, etc. También comprende un conjunto de técnicas de evaluación tales como costo beneficio, costo eficacia, costo efectividad, costo minimización, que evalúan los costos y los beneficios en términos de una maximización de los beneficios sociales al menor costo posible.

En la evaluación económica se tiene la necesidad de establecer prioridades, también se centra en opciones y alternativas y también tenemos implícito el problema de la optimización de recursos sujeto a las restricciones presupuestales de la sociedad.

La evaluación económica consiste en maximizar el beneficio social total, al mismo tiempo, los beneficios y los costos incluyen no solo beneficios directos y los costos a los individuos y a las organizaciones, sino también considera los costos y beneficios indirectos generados a través de externalidades o de efectos consecuentes al proyecto que se quiera evaluar.

La evaluación económica consiste en maximizar el beneficio social total.

Es decir en términos generales, consiste en la maximización de:

$$W = BST - CST$$

Donde, W=ganancia neta en bienestar, BST=Beneficio social total y CST costo social total.

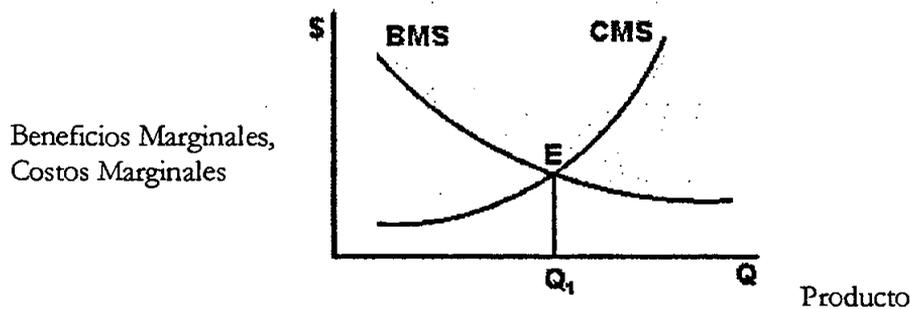
La necesidad de establecer prioridades surge del hecho de que no todas las enfermedades pueden ser erradicadas ni se puede satisfacer todas las necesidades médicas de la población, debido principalmente a la escasez de recursos y a la limitación presupuestal que enfrentan los países en el mundo. La decisión que se tome debe estar siempre enfocada a administrar los recursos de tal forma de evitar que se distorsionen los beneficios, lo que en ocasiones implica la reasignación de los recursos, la focalización de nuevos recursos limitados o un recorte en el uso de los ya existentes. (Jamison D. Mosley H., Measham A., Bobadilla JL., 1993.).

La evaluación económica se centra en la identificación de diferentes alternativas, o subsecuentes cursos de acción posibles en una situación de elección y la necesidad de compararlas en términos de su eficiencia social, en la medida y valoración de los efectos que se supone tienen una relación directa con el bienestar.

La necesidad de establecer prioridades surge del hecho de que no todas las enfermedades pueden ser erradicadas ni se puede satisfacer todas las necesidades médicas de la población.

La evaluación económica se centra en la identificación de diferentes alternativas,

Figura 1
Maximización del Bienestar



Beneficios del programa

BMS= Beneficios Marginales Sociales

CMS= Costo Marginal Social

Q= Cantidad

E= Equilibrio

En un mercado de competencia perfecta, el punto de eficiencia donde se maximiza el bienestar es aquel donde el costo marginal es igual al precio, lo que significa que el objetivo de bienestar se maximiza cuando el valor marginal o costo marginal que da el consumidor a la última unidad iguala el costo social de oportunidad de los recursos utilizados para producir esa unidad (Webb, 1979. Citado en: Ferguson B., Palmer S., 1994.).

El costo marginal se define como el cambio en el costo total cuando tienen lugar un cambio unitario en el nivel de producción. Este concepto es el más importante para la evaluación económica, mas adelante se retoma este concepto.

Es necesario recalcar algunos aspectos esenciales derivados del esquema general anterior y que son las herramientas necesarias para el análisis de proyectos específicos:

- Los métodos de evaluación económica requieren que los diferentes supuestos queden expresados de forma explícita para facilitar la toma de decisiones. Más aún, se considera conveniente realizar el análisis del proyecto específico del que se trate con diversos métodos para contar con una visión integral del estudio.
- Los diversos métodos de evaluación implican diferentes supuestos de la función de utilidad social.
- La decisión relevante estará basada en la comparación de costos marginales y beneficios marginales.
- Para determinar cuál de las dos o más alternativas tiene mayores beneficios es necesario hacer **un análisis comparativo**. Al realizar una evaluación económica, se analizarán las variables que afectan al proyecto así como a los beneficios obtenidos y si estos superan a los costos en los que se incurre para cada una de las alternativas.

Los diversos métodos de evaluación implican diferentes supuestos de la función de utilidad social.

Las prioridades no son una variable estática, siempre están cambiando. Establecer prioridades para obtener el mayor valor de los recursos debe estar basado en consideraciones de beneficios y costos. Utilizar los recursos escasos significa, por definición, dejar a un lado la oportunidad de utilizarlos en otra cosa; tener beneficios en un proyecto implica dejar de tenerlos en otro. Establecer prioridades implica el desarrollo de un análisis y procedimientos que aseguren que la política que se seleccionó como prioritaria es la que genera los mayores beneficios por cada peso adicional gastado. (Jamison D., Mosley H., Measham A. Bobadilla J.L. , 1993).

Las prioridades no son una variable estática, siempre están cambiando.

En salud algunos ejemplos de alternativas pueden ser el gastar más recursos en salud preventiva, contra dar soporte adicional al cuidado curativo de enfermedades agudas, contra invertir en investigación médica. Incluso en casos de acciones de regulación, donde el gasto del gobierno puede ser relativamente pequeño, se deben evaluar los efectos de la regulación contra los recursos empleados en ella. En ocasiones no se cuenta con algún otro proyecto específico a analizar, sin embargo, siempre se debe considerar la alternativa existente de no realizar el proceso (Drumond, Stoddart GL, Torrance GW, 1987.), en cuyo caso, la evaluación se realiza comparando dos opciones, que una de ellas es la opción de no hacer nada y la cual también implica costos.

1.1 Medición de los costos y los resultados

Clasificación de los costos

Para el análisis de los costos existen dos enfoques y tipos de costos: los costos económicos y los costos contables. Los costos económicos incluyen a los costos contables.

Los costos económicos en comparación con los costos contables, incluyen los costos del tiempo y esfuerzo del propietario o dirigente de la organización. También los costos de oportunidad del capital, incluyen los costos del tiempo y el esfuerzo, para invertir a la mejor tasa de interés en el mercado.

Los costos económicos en comparación con los costos contables, incluyen los costos del tiempo y esfuerzo del propietario o dirigente de la organización.

Costos directos: son los recursos destinados expresamente para realizar la actividad.

- Costos de capital
- Equipo energía
- Salarios al personal de salud

Costos indirectos: todos aquellos costos que son imputables a los pacientes y sus familiares, pero no directamente, cualitativamente y no cuantitativamente. Por ejemplo:

- El tiempo perdido en el trabajo
- Costos psicológicos o anímicos.

Costos intangibles: son incuantificables, es decir, se miden cualitativamente y no cuantitativamente: Dolor, temor.

Costos fijos (CF): se consideran costos fijos a aquellos que no pueden ser reducidos, no importa cual sea el nivel de producción. Es decir, son una función del nivel de producción. (Miller RL. 1980). Los costos no varían con el nivel de actividad dentro de la escala y periodo de tiempo de evaluación.

- Los costos de administración, calefacción, luz, mantenimiento.

El comportamiento de este tipo de costos lo podemos observar en Figura 2.

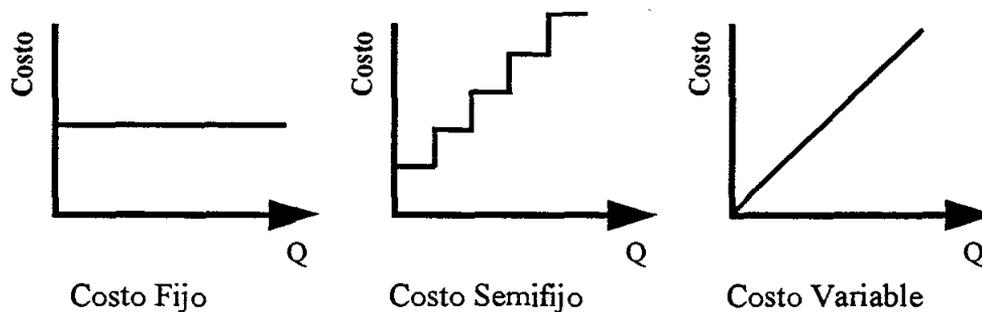
Costos semifijos (CSF): estos costos no varían con la actividad hasta que la capacidad sea alcanzada. A la capacidad, los costos se incrementan en cantidades discretas.

- Complemento de servicios de enfermería, personal médico. (Figura 2).

Costos variables (CV): son aquellos costos derivados de utilizar insumos variables en el proceso productivo. Es decir, son una función del nivel de producción. Los costos variables comprenden los salarios totales, los pagos por materias primas, etc. (Miller RL., 1980). Son los costos que varían directamente con los cambios en la tasa de actividad.

- Medicina, ropa, alimentos. (Figura 2).

Figura 2.



Costo de oportunidad: en economía, el costo relevante para la toma de decisiones de utilización de recursos es el costo de oportunidad, que es el beneficio perdido por no usar los recursos en la mejor alternativa, es decir, las oportunidades que se han perdido al dedicarse a una actividad y prescindir de otras (Samuelson 1981).

Costo marginal (CMg): el concepto de costo marginal (o incremental) y es un concepto de costos económicos que involucra a los costos fijos, semifijos y variables. A partir de ahí se puede obtener el costo total (CT), el costo promedio (CMe). El costo marginal se define como el cambio en el costo total cuando tienen lugar un cambio unitario en el nivel de producción; es el más relevante para la evaluación económica.

El costo marginal se define como el cambio en el costo total cuando tienen lugar un cambio unitario en el nivel de producción.

La metodología para hacer un análisis de costos es:

$$\text{Costo Total (CT)} = \text{CF} + \text{CV} + \text{CSF}$$

$$\text{Costo Promedio (CP)} = \text{CT} / \text{Q} \quad \text{Dónde Q} = \text{cantidad}$$

$$\text{Costo Marginal (CM)} = d(\text{CT}) / d(\text{Q}) \quad d = \text{derivada}$$

Es importante definir la escala de tiempo sobre la que los costos serán medidos por ejemplo, egresos hospitalarios.

Medición de los resultados

Los resultados pueden ser medidos como beneficios o como consecuencias directas e indirectas (monetarios o no monetarias). Al medirse los resultados como consecuencias es en términos de salud (positivas o negativas); es decir, en mejoras de la calidad de vida o detrimento de la salud y/o de la calidad de vida. Por su parte, los costos siempre son medidos en términos monetarios pero los beneficios como ya se dijo, se pueden medir en términos monetarios, de salud y calidad de vida.

Medidas de consecuencias: el resultado puede ser medido en unidades naturales y calidad de vida.

- 1) Unidades naturales tales como muerte prevenida, años de vida salvados, presión de sangre, tasas de admisión hospitalaria, duración de estancia.
- 2) Calidad de vida es una medida de resultado que capta el estado de salud: movilidad, dolor, angustia, función social.

Existen tres principales formas de medición del estado de salud:

- 1) Escalas de enfermedad específica.
- 2) Perfiles generales de salud
- 3) Medida de utilidad.

La medición de utilidad:

- Provee un medio de combinación de dimensiones de salud y representación de cada estado de salud mediante un puntaje individual.
- Los valores de estados de salud se derivan de pacientes clínicos o tomadores de decisiones.
- Puede pesar sobrevivencia mediante calidad de vida: Años de vida ajustados por calidad (QUALYs).

Análisis previos a la evaluación económica y distinción de las características de los diferentes métodos de evaluación

En el análisis de proyectos de salud es fundamental que las intervenciones demuestren el impacto positivo sobre la salud. Por ello, es necesario realizar, previo a la evaluación económica, tres tipos de análisis (Drumond MF, Torrance GW., 1987):

- 1) Análisis de eficacia.

En el análisis de proyectos de salud es fundamental que las intervenciones demuestren el impacto positivo sobre la salud.

- 2) Análisis de efectividad.
- 3) Análisis de disponibilidad.

También es importante definir las perspectivas de análisis y la factibilidad del proyecto como lo veremos más en detalle a continuación y se exponen las características de los distintos métodos de evaluación.

Análisis de eficacia: nos proporciona la respuesta sobre si el proyecto puede funcionar; nos dirá si el programa es más benéfico que dañino.

Análisis de efectividad: nos dice si se podrá aplicar el programa, es decir, además de considerar la eficacia del proyecto, contempla la acción que tendrá en aquellos a que está dirigido. Se investiga la mejor manera de alcanzar un objetivo deseado al mayor efecto a menor costo, es decir, el menor uso de los recursos con el máximo resultado. (Ver el cuadro resumen: Figura 5).

Análisis de disponibilidad: nos permite saber si el programa realmente llega a aquellos que lo necesitan, si beneficia a aquellos a que está dirigido.

Características técnicas de la evaluación económica

Análisis costo beneficio: investiga si los beneficios de un proyecto o programa exceden sus costos. Analiza los cambios en el uso de recursos. Contempla la evaluación económica de los efectos en salud y los cambios en la calidad de vida en términos monetarios. La medición de los resultados siempre son beneficios en dinero.

Costo-minimización: este método de evaluación se utiliza cuando se demuestra que no existe diferencia entre los efectos de las opciones comparadas, en cuyo caso es suficiente con comparar sus costos para seleccionar aquella más barata. Este análisis no debe confundirse con los estudios de costos de la enfermedad ya que estos no constituyen una evaluación económica sino que se limita a calcular costos totales.

Análisis costo utilidad: de las demás técnicas, se diferencian entre sí por la forma que miden los efectos sobre la salud de las opciones evaluadas. Este tipo de análisis es apropiado cuando las opciones comparadas tienen efectos sobre la supervivencia como sobre la calidad de vida. (Años de vida ganados, DALYS, etc., para esta metodología ver Informe Banco Mundial, 1993). La importancia del estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha ido en aumento. Las razones para su desarrollo son: 1) el incremento de la tecnología médica no siempre efectiva; 2) el cambio en el patrón de las enfermedades; 3) el cambio en el conocimiento y las percepciones de los individuos hacia la salud y la enfermedad; 4) y el aumento de los costos.

Para el análisis económico

Definir las perspectivas de análisis: antes de determinar cuáles son los componentes básicos para el análisis, es necesario definir el **punto de vista** del estudio; es decir, definir a que nivel se evaluarán los beneficios y costos: hospital, institución o la sociedad en su conjunto, entre otros. Además se debe considerar que a diferencia de otros sectores de la economía, el sector público, y aún más, al sector salud, incorporan una amplia perspectiva social en los costos y los beneficios.

Análisis de factibilidad: el proyecto debe de incluir un análisis de factibilidad para ver si se puede llevar a cabo, o sea, si es factible. Los pasos básicos para analizar sistemáticamente la factibilidad de un proyecto son:

- Definir el problema general que interesa y el objetivo específico al emprender su solución.
- Identificar instrumentos alternativos.
- Identificar, medir y evaluar costos y beneficios de cada alternativa.
- Comparar las alternativas según criterios establecidos previamente.
- Analizar los resultados y obtener las conclusiones del análisis.

Análisis incremental: una vez que se dispone de todos los costos y efectos de las opciones comparadas, y que se han elegido las unidades en que se medirán los efectos (el tipo de análisis), hay que relacionar esos elementos para comparar la eficiencia de las opciones estudiadas. Si tomamos como ejemplo un estudio de costo-efectividad, la relación entre las dos opciones (A y B) puede establecerse mediante dos tipos de análisis, el costo efectividad medio y análisis incremental. El análisis costo efectividad medio relaciona el cociente Costo A/ Efectividad A, con el cociente Costo B/ efectividad B, estableciendo una comparación entre el costo por unidad de efectividad de las dos opciones. En este tipo de análisis no se relacionan en forma simultánea las dos opciones. Esto solamente se logra mediante el análisis incremental, que se obtiene dividiendo el incremento de los costos por el de los efectos:

$$\text{Análisis incremental} = \frac{\text{costo A} - \text{costo B}}{\text{efec. A} - \text{efec. B}}$$

Análisis de equilibrio parcial y general. En análisis de *equilibrio parcial* es el estudio del comportamiento de unidades decisorias individuales y del funcionamiento de los mercados individuales vistos aisladamente.

Por otra parte, el análisis de *equilibrio general* estudia el comportamiento de todas las unidades decisorias individuales y de todos los mercados individuales simultáneamente.

Análisis de estática comparada y dinámica. La *estática comparada* estudia y compara dos o más posiciones de equilibrio, sin tener en cuenta el período de transición ni el proceso que interviene en el ajuste.

La *dinámica*, por el contrario, trata de la trayectoria temporal y del proceso mismo de ajuste (proceso de salud-enfermedad).

El problema de la estandarización. El objeto principal de los distintos métodos de evaluación es permitir la comparación de diferentes opciones para orientar la elección de la más favorable, por lo tanto se necesita un importante esfuerzo de estandarización para que la evaluación económica resulte eficiente.

Como se dijo anteriormente existen diversos métodos de evaluación que implican diferentes supuestos de la función de utilidad social.

1.2. Análisis costo-beneficio

La evaluación costo-beneficio de los servicios de salud es un componente muy destacado que permite aplicar gran parte de los aportes de la economía a la administración y planeación estratégica de los servicios de salud. Es la técnica más general para la evaluación de proyectos. Se basa en el supuesto de que la totalidad de beneficios asociados a un proyecto estarán expresados en términos monetarios. De esta forma, las técnicas más factibles son aquellas que rinden mayores beneficios. Permite medir el beneficio neto en términos absolutos, permitiendo comparar la totalidad de los recursos invertidos con la totalidad de los beneficios obtenidos.

En términos generales las valoraciones que deben hacerse en todo análisis costo-beneficio se engloban en cuatro rubros principales:

- La valoración relativa de diversos costos y beneficios en el momento que ocurren.
- La valoración relativa de costos y beneficios que ocurren en distintos momentos: el problema de la preferencia del tiempo y el costo de oportunidad del capital.
- La valoración de resultados riesgosos.
- La valoración de los costos y beneficios que afectan a individuos de ingresos diferentes.

El principio rector para medir correctamente consiste en enlistar todos los costos y tener en cuenta todas las partes afectadas por el proyecto, para poder evaluar así los resultados riesgosos, que representan una parte muy importante del proyecto. Al mismo tiempo valorar el efecto del proyecto sobre el bienestar del individuo tal como las partes implicadas en el proyecto lo habrían valorado en términos monetarios.

El excedente de los consumidores y la inclinación a pagar

La suma de las diferencias entre el máximo que están dispuestos a pagar los consumidores y lo que realmente pagan. Para la aplicación del análisis costo-beneficio es necesario hacer las siguientes estimaciones:

- Valoración de sus ganancias
- Valoración de sus pérdidas
- Estimación de la demanda
- Nivel de precios
- Cambios en los precios
- Nivel de producción

Criterios para la determinación de la ganancia de bienestar

- Uno de los criterios está basado en el modelo económico de Pareto: sumar todos los ingresos netos de todos los individuos implicados y apoyar el proyecto si tales ingresos son positivos sólo cuando se pague una compensación a los perdedores (óptimo de Pareto, donde todos ganan). Con este criterio no se realizaría ningún proyecto.
- El segundo criterio está basado en la teoría económica de Hick y Kaldor que consiste en que se puede apoyar un proyecto si los ganadores pudieran compensar a los perdedores, aunque no realicen el proyecto. Cuando no se paga la compensación son inevitables las comparaciones interpersonales del valor de las ganancias y las pérdidas de cada individuo (Hicks y Kaldor) Con este criterio se presenta el problema de la distribución del ingreso. El evaluador tendrá simplemente que mostrar los beneficios netos de cada una de las partes involucradas y dejar que el responsable de la política o tomador de decisiones aplique su propia valoración.

Cuando no se paga la compensación son inevitables las comparaciones interpersonales del valor de las ganancias y las pérdidas de cada individuo.

De acuerdo al segundo criterio de la compensación potencial, según el cual, si aquellos que ganan al pasar de B a A pueden compensar a los que pierden, a fin de que acepten el cambio, se puede afirmar que A es socialmente superior a B, aunque en la realidad no se lleve a cabo la compensación. Este marco teórico se refleja en los estudios de evaluación económica, en los que, para determinar el bienestar, se tienen en cuenta los efectos - costos y beneficios - sociales, es decir, todos los que se derivan de un curso de acción, cualquiera que sea el individuo sobre el que recaigan. El efecto social neto no es más que la suma de dichos efectos, positivos y negativos. La justificación de este enfoque se deriva del anterior criterio de compensación potencial: si los efectos positivos son en términos absolutos mayores que los negativos, ello significa en términos absolutos que la ganancia de los que ganan es mayor que la pérdida de los que pierden, y, por lo tanto, los primeros podrían compensar a los segundos. (X. Badía y J. Rovira, 1994.)

Los indicadores para la medición en términos monetarios son:

- Cálculo del excedente (productores o consumidores).
- Estimación del excedente de los consumidores (que se entiende como el ahorro de los consumidores) por la producción generada.
- Calcular los beneficios netos (beneficios menos costos).
- Obtener valores presentes, que se obtienen mediante la tasa de descuento para convertir los costos y beneficios futuros (horizonte mayor de un año) en su valor presente o actualizado. Los valores utilizados normalmente oscilan entre 0 y 10%.
- Emplear algún criterio o sistema de distribución del ingreso.

Los valores presentes, se obtienen mediante la tasa de descuento para convertir los costos y beneficios futuros (horizonte mayor de un año) en su valor presente o actualizado.

Para la medición de costos y beneficios es importante calcular el valor presente vs tasa interna de rendimiento. La maximización del valor presente del consumo consiste en:

- Escoger todos los proyectos con valores presentes positivos o,
- Si hay dos o más proyectos mutuamente excluyentes, escoger el que tenga el valor presente más alto.

El racionamiento del capital es un elemento importante para la evaluación de proyectos y consiste en seleccionar los proyectos por orden de su valor presente por unidad de costo restringido, hasta que desaparezca la restricción del costo.

El tratamiento del riesgo

El riesgo que está presente en cualquier proyecto y el tratamiento del riesgo involucra el comportamiento humano hacia el riesgo. Para el análisis económico se contempla que:

- Los individuos maximizan su utilidad esperada.
- Existe un costo del riesgo y es el valor que el individuo asigna realmente a la perspectiva incierta.
- Se puede asignar un valor a las consecuencias del desastre.

El riesgo que está presente en cualquier proyecto y el tratamiento del riesgo involucra el comportamiento humano hacia el riesgo.

La distribución del ingreso

La distribución del ingreso es un criterio que debe estar contemplado en el análisis costo-beneficio. Dado un conjunto de acciones disponibles, se deben escoger aquellas que maximicen el bienestar social.

Al considerar la política de distribución del ingreso se debe considerar una asignación eficiente de los recursos y asegurar la distribución justa de los mismos.

En economía, la maximización restringida del consumo total está sujeta a algún consumo mínimo, para un grupo o región de pobres. O bien, el consumo de los pobres puede maximizarse sujeto a algún consumo total mínimo. Si el gobierno tratara de maximizar la suma de utilidades individuales, y al tener un ingreso nacional dado por distribuir, necesitaría igualar la utilidad marginal del ingreso de todos los individuos, es decir, buscaría una igualdad completa del ingreso haciendo los impuestos equitativos.

Precios sombra de productos de mercado

Los problemas o distorsiones que se presentan en la estimación de los precios se manejan mediante los precios sombra:

- En el caso de productos de mercado, los precios del mismo mercado pueden estar modificados, por ejemplo por medio de impuestos o a causa del monopolio o estos precios reflejar desequilibrios de mercado: problemas de desempleo o de balanza de pagos.
- En el caso de los productos que no van al mercado (incluidos bienes públicos y los efectos externos de los productos del mercado). El precio de los bienes que no se venden en el mercado, tales como la recreación, la vida, el tiempo, es decir, se necesitan otros métodos de evaluación para:
 - Valorar el tiempo
 - Valorar actividades de recreación
 - Valor de la vida, etc.

Existen varios enfoques para la valoración de la vida para una economía:

- Pérdidas de vidas
- Ahorro de vidas

Por ejemplo, una evaluación económica sería:

- Cálculo del valor presente, descontando las pérdidas de vidas.
- Valor que se le asigna a una vida basado en los ingresos futuros.
- Valor del estado de salud actual.

Es en esta etapa, donde entra la conveniencia de utilizar el análisis costo-eficacia.

El método del capital humano

Sobre la base de la teoría sobre el capital humano de (Gary Becker, 1975) ante la dificultad de asignar un valor monetario a la vida humana, se puede emplear el

Ante la dificultad de asignar un valor monetario a la vida humana, se puede emplear el método del capital humano.

método del capital humano. Este método nos sirve tanto para el análisis costo-beneficio, como para el análisis costo-efectividad.

Se entiende al capital humano como un conjunto de capacidades y habilidades productivas de los individuos.

Este enfoque toma en cuenta el valor de los beneficios monetarios personales, así como la productividad económica que permiten los recursos humanos. Por ejemplo:

- Al evitar que una enfermedad fatal o debilitante, o
- Con la aplicación de un programa que permita que la población mantenga o mejore su salud.
- Que los individuos permanezcan productivos como mano de obra.

El valor de su contribución económica, medida como ingreso, constituye el valor de la evitación de la pérdida del trabajo. En resumen, se conceptúa al ser humano como una inversión de capital cuyo único propósito es la producción económicamente rentable. Este beneficio indirecto se suma al ahorro de recursos de la atención médica para determinar los beneficios totales. (Warmer KE y Luce BR, 1995).

Se conceptúa al ser humano como una inversión de capital cuyo único propósito es la producción económicamente rentable.

1.3 El plazo de costos y beneficios

Para hacer la evaluación de un proyecto es muy importante tomar en cuenta el plazo. Las razones para escoger entre un proyecto y otro serían:

- Que la tasa sea positiva del plazo de preferencia.
- Tomar en cuenta la tasa de descuento.

Uno de los problemas que plantea el proceso de actualización es el de la elección de la tasa de descuento. Se pueden distinguir dos grandes corrientes en interpretación de esa tasa. La primera considera que la tasa de descuento refleja la preferencia temporal de la sociedad, es decir, la tasa a la que la población está dispuesta a renunciar al consumo presente a favor del consumo futuro. La segunda propone que la tasa de descuento refleja el rendimiento de las inversiones de una determinada sociedad, es decir, la tasa o ritmo a la que una sociedad puede transformar los recursos presentes en futuros, o lo que es lo mismo, el rendimiento que esa sociedad está exigiendo a diferentes inversiones alternativas

El análisis de las razones para descontar son:

- Miopía
- Incertidumbre

- Oportunidades de inversión
- Expectativas de crecimiento económico

¿Cuál de los dos proyectos elegiría usted?

Beneficios del proyecto y ganancias

Año	0	1	2	3
Proyecto A	C=\$10	-	-	B=\$500
Proyecto B	0	-	C=\$100	B=\$500

C= costo

B= beneficio

Tasa de descuento

La tasa de descuento es el crecimiento del valor presente en el futuro. Por ejemplo: \$100 invertidos ahora a una tasa de interés (r %) por año valdrá \$100 (1+r) elevado al cuadrado en el año n. (Figura 3)

Figura 3. El plazo de costos y beneficios
Método de descuento

Crecimiento del valor presente en el futuro

Año	0	1	2
Proy A	\$100	\$100 (1+r)	\$100 (1+r) (1+r)
Proy B	\$100	\$110	\$100 (1+r) ² 121

\$100 invertidos ahora a r% por año valdrá \$100 (1+r)² en año n

Valor presente
Equivalencia de un valor presente

Año	0	1	2
Proy A	VP = \$x / (1+r) ²		\$100 100 = (1+r) ² = \$ x
Proy B	VP = \$100		= \$121

El valor presente de \$x a ser pagado (o recibido) en el año n es:
VP = \$x / (1+r)ⁿ

La tasa de descuento puede ser:

- Tasa individual de plazo de preferencia.
- Tasa social del plazo de preferencia.

Por ejemplo, en el sistema de salud inglés, todos los proyectos de inversión de descuentan al 6%. En México la tasa de descuento estaría alrededor de 3%. (Banco Mundial, 1993).

Beneficios del descuento

Beneficios del proyecto: Muertes prevenidas

Año	0	1	2	3	4
Proyecto A	0	10	10	10	10
Proyecto B	0	0	0	5	40

Se puede observar el valor presente de los costos es el mismo. Los argumentos miopía, incertidumbre, oportunidades de inversión, expectativas de crecimiento se aplican a los beneficios.

Es importante en un proyecto tener en cuenta:

- Si los beneficios no se descuentan, el proyecto con los beneficios más grandes siempre se preferirá, sin tener en cuenta cuando los beneficios se presenten.
- Si los beneficios son descontados, puede ser óptimo seleccionar un proyecto que ofrece bajos beneficios si estos pueden alcanzarse antes.

La regla del valor presente contra la tasa interna de rendimiento

La maximización del valor presente de consumo consiste en escoger todos los proyectos con valores presentes positivos o, si hay dos o más proyectos mutuamente excluyentes, escoger el que tenga el valor presente más alto.

El valor presente de una corriente de costos se expresa:

$VP = \$x + \$x(1+r) + \dots + \$x(1+r)^n$ a la n potencia (figura 4).

Figura 4. EL PLAZO DE COSTOS Y BENEFICIOS
Valor Presente de una corriente de costos

$$VP = \$x + \$x(1+r) + \dots + \$x(1+r)^n$$

Ejemplo:

Año	0	1	2
Costos (\$)	\$150	\$150	\$150
	= 150	+ 150 / (1.1)	+ 150 / (1.1) ²
VP (\$)	= 150	+ 136	+ 124
	= 410		

La maximización del valor presente de consumo consiste en escoger todos los proyectos con valores presentes positivos o, si hay dos o más proyectos mutuamente excluyentes, escoger el que tenga el valor presente más alto.

La tasa social de preferencia del tiempo y el costo social de oportunidad del capital

Para analizar la tasa social de preferencia por el tiempo y el costo social de oportunidad del capital es necesario establecer ciertos parámetros:

- Curva de posibilidades de producción
- Curva de indiferencia
- Curva de presupuesto/línea de prestar y pedir prestado.

El costo de oportunidad social del capital

Se basa en el supuesto de que el gobierno puede aproximar a la economía de algún modo a la tasa óptima de ahorro e inversión. Esto se logra ya sea induciendo al sector privado para que actúe o bien, que el gobierno actúe por cuenta propia para conseguir la tasa óptima de ahorro e inversión.

Puede presentarse el problema de que el capital de inversión y, por tanto, la inversión desplazada por algún proyecto actual que sea socialmente más valiosa que el consumo de un valor monetario equivalente. Sin embargo, se observan algunas restricciones:

- No puede lograrse la realización de todos los proyectos que debieran realizarse, pero al mismo tiempo tiene el poder de modificar la tasa global de la inversión en la economía.
- Si existe restricción absoluta del ahorro.
- Si el sector privado no realizará proyectos menos rentables que el proyecto marginal.

Tasa de interés del mercado: es la tasa de interés después de impuestos, que implica la tasa de crecimiento deseada y posibilidades de producción.

La incertidumbre y los mercados de capital imperfectos: el futuro es incierto y esto produce una multiplicidad de tasas de interés dependientes de los riesgos de créditos implicados.

La influencia del dinero sobre las tasas de interés: el dinero puede cambiar las tasas reales de interés a través de su efecto sobre los precios y por ende sobre la percepción que el público tiene sobre su riqueza real.

La miopía o preferencia pura por el tiempo: miopía en la valoración del individuo de tasas de interés ex – ante, que no se igualan o que no coinciden con la evaluación ex – post.

Efectos externos del consumo: sobre la unidad de consumo dependiendo de la valoración de quién la consume. La unidad consumida por el individuo ahora, por su heredero, por otros ahora, por herederos de otros, etc.

El bienestar de las generaciones futuras en sí mismas: determinar el valor del proyecto para cada uno de los individuos afectados, incluidos aún los no nacidos y adicionar el valor relativo de consumo del individuo en ese momento de su vida. Entonces los problemas intertemporales se vuelven un problema de distribución.

Los supuestos relativos la curva de posibilidades de producción: primero debe decidirse la tasa de crecimiento que se desea y después investigar cual será la inversión requerida. Si tal inversión es inaceptable, se consideran diversas combinaciones de inversión y crecimiento.

El costo del capital bajo el desempleo estructural: un proyecto puede gastar una unidad en salarios, lo que reducirá la inversión en la misma cantidad. Un proyecto puede desplazar otras inversiones, no solo por su método de financiamiento, sino por los pagos que haga a factores (salarios), hasta ahora desempleados.

1.4 Análisis costo-eficacia

El análisis costo eficacia y los bienes públicos puros

Algunos bienes públicos puros en los que no se puede hacer una valoración significativa, dónde resulta difícil excluir algunos individuos de los beneficios. Por ejemplo el costo del ruido.

Siempre que el análisis costo-beneficio resulte imposible porque no se pueda valorar los beneficios, resulta útil la comparación entre los costos; de proporcionar el mismo beneficio en formas diversas, entonces es procedente analizar la eficacia de un proyecto en términos de la comparación del costo.

La eficacia se refiere a los beneficios conseguidos de diversa índole en la población, en términos del impacto sobre la población objetivo. La eficacia es considerada para condiciones experimentales.

La eficacia se refiere a los beneficios conseguidos de diversa índole en la población, en términos del impacto sobre la población objetivo.

1.5 Análisis costo-efectividad

El análisis costo efectividad nos permite determinar la relación costo-efectividad entre dos alternativas unidades no monetarias, siempre y cuando se puedan comparar las alternativas en términos de una sola unidad relevante:

El análisis costo efectividad nos permite determinar la relación costo-efectividad entre dos alternativas unidades no monetarias.

- Años de vida ahorrados.
- Días de morbilidad evitados.
- Días de incapacidad evitados.

Esto se consigue calculando los años de vida ganados por el tratamiento, ponderándolos según calidad de vida. Los AVAD y AVAC (años de vida ganados ajustados por discapacidad y por calidad o QUALY- Quality-Adjusted Life Years), Esta metodología quedó establecida en el Informe Banco Mundial, 1993, basándose en la Clasificación Internacional de Enfermedades que eran 109 categorías. Las enfermedades se agruparon en seis clases, según la gravedad de la discapacidad.

En este informe, la carga global de la morbilidad se expresa de tres maneras diferentes así como el número de AVAD, que se expresa como un porcentaje de alguna cifra agregada mayor (por ejemplo el porcentaje de la pérdida total atribuible a una enfermedad específica) y en relación con el tamaño de población en un año determinado.

Un cálculo es la medición de la carga de la morbilidad. Casi todas las evaluaciones de la importancia relativa de las diferentes enfermedades se basan en el número de muertes que causan. No obstante, hay muchas enfermedades o condicionantes que no son fatales pero que provocan grandes pérdidas en términos de vida saludable.

Otro cálculo es para cada defunción, el número de años de vida perdidos se definió como la diferencia entre la edad real en el momento de morir y la esperanza de vida a esa edad en una población de baja mortalidad.

El tercer cálculo es en el caso de las discapacidades (AVAD años de vida ajustados por la discapacidad), se estimó la incidencia de casos por edad, sexo y región demográfica, basándose en encuestas comunitarias o, a falta de estas, en la opinión de peritos, luego se calculó el número de años de vida saludable perdidos multiplicando la duración prevista de la afección (hasta la remisión o defunción del enfermo) por un valor relativo de la gravedad, que mide la gravedad de la discapacidad en comparación con la pérdida de la vida.

La carga global de la morbilidad (CGM) mide el valor actualizado de la corriente futura de vida sin discapacidades, pérdida como consecuencia de defunciones, enfermedades o traumatismos de un año específico, pero también incluye la pérdida de vida sin discapacidades en el futuro.

Las condiciones para determinar la medida de la efectividad pueden ser de amplio alcance o de limitado alcance.

En el amplio alcance: Existe un solo objetivo concluyente de la(s) intervención(es)

Existe un solo objetivo concluyente de la(s) intervención(es) y por lo tanto, una clara dimensión a lo largo de la cual la efectividad puede ser valorada.

y por lo tanto, una clara dimensión a lo largo de la cual la efectividad puede ser valorada.

En el limitado alcance: Puede existir un gran número de objetivos pero es difícil que las intervenciones alternativas tengan el mismo alcance.

Para realizar un análisis costo-efectividad debemos considerar:

- Siempre toma tiempo clarificar los objetivos del programa o tratamiento.
- Si aparentemente se encuentra otra dimensión importante para la medida de “éxito”, se realizara el análisis costo-efectividad basándose en esta dimensión.
- Ser cuidadosos de que las alternativas sean evaluadas, aunque el diseño de investigación médica no lo considere.
- Mantenerse abiertos a la posibilidad de emplear formas de análisis más sofisticadas si resulta que existe más de una dimensión apropiada para evaluar efectividad.

Cualquier medida de efectividad deberá estar siempre relacionada con:

- Consecuencias intermedias tales como casos encontrados o pacientes tratados adecuadamente o preferentemente.
- Consecuencias finales en la salud tales como años de vida saludables ganados.

La fuente para obtener datos sobre la efectividad de un tratamiento o programa puede ser principalmente la literatura, donde de los datos obtenidos debemos considerar, la calidad y la relevancia.

- Si no existe buena evidencia en la literatura entonces podemos:
 - Proceder haciendo suposiciones sobre algunos de los parámetros médicos, o bien,
 - Diseñar un estudio que genere la evidencia de efectividad requerida.

La fuente para obtener datos sobre la efectividad de un tratamiento o programa puede ser principalmente la literatura, donde de los datos obtenidos debemos considerar, la calidad y la relevancia.

Ejemplos de unidades utilizadas para medir de los efectos de una intervención terapéutica
Vidas salvadas
Años de vida ganados
Días de dolor evitados
Complicaciones evitadas
Días de hospitalización evitados
Casos correctamente diagnosticados
Años de vida ajustados por calidad (AVAC)
Tiempo sin síntomas

En general, costo—efectividad se basa en el concepto económico básico de costo de oportunidad, es decir, el verdadero costo de una actividad es el valor de una actividad alternativa que se podría haber realizado con los mismos recursos (Warner KE., Luce BR., 1995).

1.6 Análisis costo minimización

El análisis de minimización de costos requiere que todos los efectos se expresen en unidades monetarias homogéneas, lo que permite calcular el beneficio social neto. El problema que, a menudo se presenta en la evaluación, es que es imposible valorar monetariamente todos los efectos, ya sea por falta de información, o bien porque su valoración monetaria no es creíble. Por esta razón, en el campo de la salud se han aplicado con más frecuencia los enfoques, que no requieren la valoración monetaria la salud. Un análisis de minimización de costos puede mostrar, por ejemplo, que la introducción de un tratamiento dado supone un ahorro neto de los costos para el sector sanitario, que ello suponga un perjuicio para el paciente, lo que constituye un argumento suficiente en favor de su introducción (X. Badía y J. Rovira, 1994).

El análisis de minimización de costos requiere que todos los efectos se expresen en unidades monetarias homogéneas, lo que permite calcular el beneficio social neto.

Figura 5 (Cuadro resumen: Medida de costos y consecuencias en las evaluaciones económicas).

Figura 5

MEDIDA DE COSTOS Y CONSECUENCIAS
EN LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS

TIPO DE ESTUDIO	MEDIDA / VALORACIÓN DE COSTOS EN AMBAS ALTERNATIVAS	IDENTIFICACIÓN DE CONSECUENCIAS	MEDIDA / VALORACIÓN DE CONSECUENCIAS
Análisis Costo-minimización	Pesos	Idéntica en todos los aspectos relevantes.	Ninguna
Análisis Costo-efectividad	Pesos	Un solo efecto de interés, común a ambas alternativas, pero alcanzado en diferentes grados.	Unidades naturales (por ejemplo: años de vida saludable ganados, días de inhabilidad ganados, puntos de reducción de la presión arterial, etc).
Análisis Costo-beneficio	Pesos	Uno o múltiples efectos de interés, no necesariamente común a ambas alternativas, y los efectos comunes pueden ser alcanzados en grado diferente en las diferentes alternativas.	Pesos
Análisis Costo-utilidad	Pesos	Uno o múltiples efectos de interés, no necesariamente común a ambas alternativas, y los efectos comunes pueden ser alcanzados en grado diferente en las diferentes alternativas.	Días saludables o (más frecuentemente) calidad de los años de vida ajustada.

En resumen, se puede hacer una evaluación completa o parcial, dependiendo de las características del proyecto. Una evaluación completa incluye todas las técnicas. Sin embargo, la situación más corriente en el sector sanitario, es que un nuevo tratamiento suponga una mejora para la salud, aún cuando implique un incremento neto del costo, en este caso el análisis costo efectividad, permitirá calcular, por ejemplo, el costo por año de vida ganado, como indicador eficiencia. Este indicador permite ordenar diversas opciones, pero no permite hacer un juicio sobre el interés

El análisis costo efectividad, permitirá calcular, por ejemplo, el costo por año de vida ganado, como indicador eficiencia.

absoluto de cada una de ellas en sí misma. El costo por año de vida ganado con el programa A es inferior al de otro programa (programa B), especialmente si éstos son sustitutos respecto al tratamiento evaluado. Sin embargo, para poder argumentar de forma concluyente dicha decisión, es preciso considerar otros factores, tales como el volumen absoluto de recursos que el programa necesita y el uso alternativo que podría darse a los recursos utilizados.(X. Badía y J. Rovira, 1994).

Si un tratamiento no tiene efectos sobre la supervivencia, su efectividad ha de medirse en términos de su impacto sobre la calidad de vida. Un instrumento muy utilizado es el Años de Vida Ajustado por Calidad (AVAC), que permite medir los beneficios en una escala de salud unidimensional y expresar la eficiencia en términos de costos y de AVAC. Este tipo de análisis se denomina de **costo utilidad**, y es el tipo de análisis apropiado cuando las opciones comparadas tienen efectos sobre la supervivencia y sobre la calidad de vida.

Si un tratamiento no tiene efectos sobre la supervivencia, su efectividad ha de medirse en términos de su impacto sobre la calidad de vida.

Comentarios generales

En el ámbito de proyectos microeconómicos se debe de intentar que las evaluaciones sean completas que incluyan todas las técnicas. Pero como ya se ha dicho, ante la imposibilidad de contar con información disponible suficiente de costos confiables, se tiene que recurrir a obtener los costos a través de otras técnicas o metodologías: estimaciones de forma directa e indirecta, y la metodología de precios sombra.

Ante la imposibilidad de contar con información disponible suficiente de costos confiables, se tiene que recurrir a obtener los costos a través de otras técnicas o metodologías.

La aplicación del método costo- beneficio tiene grandes problemas y limitaciones, ha sido muy criticado debido a:

- 1) Que existen dificultades y arbitrariedades en la elección de parámetros para la cuantificación de beneficios y costos cuando no existe valorización en el mercado y se adjudican los denominados precios sombra o valoraciones realizadas en un contexto diferente al imperante en el ámbito nacional.
- 2) La subjetividad y falta de criterios claros para determinar la tasa de actualización social y los coeficientes de ponderación.
- 3) La tendencia a incluir en el análisis sólo las variables más fáciles de cuantificar (económicas y financieras) a pesar de su objetivo manifiesto; y
- 4) La excesiva confianza en que un complicado análisis, inaccesible para muchos de los interesados y basado en cuantificaciones muy discutibles, puede conducir a una selección óptima.

Estas críticas son válidas para la evaluación micro y para la macro.

Al empezar a evaluar un proyecto, se recomienda que se intente aplicar hasta

dónde se pueda la técnica costo - beneficio (dependiendo de la naturaleza del proyecto) ya que es la más objetiva y racional, y después las demás técnicas.

Es importante hacer hincapié en las diferencias entre las técnicas, de tal forma, que queden claras. La diferencia entre costo-beneficio y costo-efectividad es que la primera que se mide en términos monetarios y la segunda en términos de ganancia de salud (unidades de salud, ejemplo: años de vida ganados).

La diferencia entre estas dos y el costo – eficacia, que esta es de acuerdo a los objetivos, solo se pueden comparar proyectos con objetivos similares. Y por último, el costo – minimización es la más sencilla a diferencia del costo-beneficio. El costo minimización se refiere a directamente a los costos, por ejemplo que sea evidente que la introducción de un tratamiento dado suponga un ahorro neto de los costos.

En general, los métodos cuantitativos tienen una utilidad limitada para políticas amplias y más en proyectos específicos. Son de mayor utilidad los métodos no cuantitativos o indirectamente cuantitativos de interconexión con problemas específicos de salud con unidades de medida.

La diferencia entre costo-beneficio y costo-efectividad es que la primera que se mide en términos monetarios y la segunda en términos de ganancia de salud.

Bibliografía

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, 1993.

Becker, GS., *Human Capital and the Personal Distribution of Income*. National Bureau of Economic Research. USA. 1975.

Badía Xavier y Joan Rovira. *Evaluación Económica de Medicamentos. Un instrumento para la toma de las decisiones en la práctica clínica y la política sanitaria*, Laboratorios DU PONT PHARMA, Barcelona, España, 1994.

Drumond, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of Health care programmes*. Oxford, University Press, 1987.

Ferguson B, Palmer S. *Markets and the NHSME, Guidelines*. Discussion Paper 120. The University de York.1994.

Jamison D, Mosley H., Measham A., Bobadilla JL. *Disease Control Priorities en Developing Countries*, Oxford Medical Publications, 1993.

Miller R.L. *Microeconomía*. Mc Graw Hill, 1980.

Samuelson. *Curso de Economía Moderna*. Ed. Aguilar, Madrid España, 1981.

Wamer KE, Luce BR. *Análisis de costo - beneficio y costo – eficacia en la atención de la salud FCE*. Biblioteca de la Salud. México 1995.

Tema 2. Aplicaciones de evaluación económica en salud. Ejercicios prácticos resueltos para cada una de las técnicas de evaluación

Por G. Esthela Redorta Zúñiga

Análisis de minimización de costos

Cuando comparamos dos o más opciones de tratamientos, procedimientos, terapias o cualquier acción de salud que tienen el mismo resultado sanitario (efectividad) en todas las circunstancias, los mismos riesgos y los mismo efectos secundarios, estamos ante un análisis de minimización de costos.

Considerando una efectividad dada (obtenida a partir del análisis epidemiológico), el procedimiento es mediante la comparación de la suma de costos directos e indirectos con el fin de identificar con precisión cual es la alternativa menos costosa.

El análisis de minimización de costos no es frecuente en el campo de salud porque los motivos que rigen las acciones y procedimientos en este campo no están en función de su costo, y sí de su impacto real en el mejoramiento real del bienestar individual o colectivo.

Estudio de caso

Datos adaptados de Rodríguez M, Procupet A, Heras J. (1991). Análisis de coste – efectividad de la administración domiciliaria de inmonoglobulina intravenosa frente a su administración hospitalaria. Medicina Clínica (Barc.): 96: 47 – 51.

1. Diseño del estudio

1.1. Objetivo del estudio

El estudio se pregunta si la administración domiciliaria de inmonoglobulina endovenosa (IE) puede significar un ahorro frente a su administración hospitalaria.

1.2. Opciones consideradas

Se compararon las opciones de administración de IE hospitalaria (práctica real) con la domiciliaria (práctica hipotética).

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos

DIRECTOS	INDIRECTOS
Medicamentos	Horas de trabajo perdidas por acompañantes.
Estancia hospitalaria	
Materiales	Costos de desplazamiento
Depreciación de equipo sanitario	

2.2. Medida

El estudio se basó en los resultados de una encuesta transversal en 38 pacientes que incluía sus características sociodemográficas, su estado de salud, las condiciones del tratamiento actual y su actitud frente al eventual tratamiento domiciliario. Los datos epidemiológicos y de utilización de recursos de administración domiciliaria se obtuvieron de investigaciones internacionales.

2.3. Valoración de los costos

COSTOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA	
COSTOS DIRECTOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Medicamentos	Tarifas hospitalarias que paga la administración sanitaria
Estancia hospitalaria	
Materiales	
Depreciación de equipo sanitario	Estimación
COSTOS INDIRECTOS	
Horas de trabajo perdidas por acompañantes.	Imputación de acuerdo al salario interprofesional medio
Costos de desplazamiento.	Precios de mercado

COSTOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	
COSTOS DIRECTOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Equipamiento	Precios de mercado
Adiestramiento	
Supervisión	

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

4. Resultados y conclusiones

La administración de IE supondría un ahorro de 250,000 pesetas en el primer año y de 265,000 pesetas en los siguientes (se reduce el costo por adiestramiento). Además de ser la opción menos costosa, la administración domiciliaria reporta externalidades positivas tales como independencia horaria, confortabilidad, evita horas de trabajo perdidas y estrés.

Análisis de costo - efectividad

La efectividad se diferencia de la eficacia en que en la segunda la intervención sanitaria se realiza en condiciones ideales, normalmente por medio de un ensayo clínico controlado.

A pesar de que cotidianamente se formulan preguntas sobre la efectividad de los procedimientos, técnicas y medicamentos empleados en la práctica sanitaria, se considera que solamente un tercio de ese conjunto ha sido clínicamente experimentado. Este hecho, aunado al argumento de que los recursos aplicados a mantener o mejorar la salud son limitados frente a las necesidades potenciales, implica que debemos considerar el costo de las diferentes alternativas. Conseguir una determinada efectividad cuesta dinero, por ello se deben rechazar las opciones cuyo impacto en salud sea insignificante o poco significativo. Cualquier recurso consumido y sin efectividad sanitaria representa la imposibilidad de efectuar otro que si reportaría beneficios a la salud.

La evaluación de costo – efectividad es un instrumento de evaluación económica en el cual se comparan los efectos positivos y negativos de por lo menos dos opciones de un mismo programa o intervención sanitaria. Los costos son valorados en dinero y los beneficios en unidades naturales de efectividad_(dependen de lo que se esté evaluando).

Los costos son valorados en dinero y los beneficios en unidades naturales de efectividad.

Este tipo de análisis se aplica cuando los efectos de los tratamientos y / o intervenciones tienen un nivel de efectividad distinto pero comparten los mismos objetivos terapéuticos. Ejemplo:

PROBLEMA DE SALUD	ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	UNIDADES DE MEDIDA DE EFECTIVIDAD
Hipertensión arterial sistémica	Diuréticos	Número de pacientes hipertensos controlados
	Beta bloqueadores	
	Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina	

La mayoría de los estudios expresan la efectividad en función de un resultado único que permite la comparación entre las opciones. Sin embargo, es frecuente que las opciones presenten resultados múltiples. Propongamos el siguiente ejemplo:

PROBLEMA DE SALUD	OPCIÓN DE TRATAMIENTO	EFFECTOS POSIBLES
Cataratas	Lentes intraoculares	Reducción de horas de estancia hospitalaria.
		Reducción del número de complicaciones postoperatorias.
		Aumento en la agudeza visual de los pacientes.
		Incremento de la satisfacción de los usuarios.

En función de estas características, es necesario tener cuidado con la elección del criterio de efectividad. No debemos olvidar que la determinación de alguno puede afectar las eficiencias relativas de las distintas opciones. Por ejemplo, si deseamos comparar un programa de tratamiento de hipertensión arterial con uno de detección de cáncer de mama, la unidad de medición utilizada en el ejemplo correspondiente será inadecuado. En tales circunstancias se requiere de una variable más genérica; esta puede ser el número de años ganados ajustados por calidad (AVAC). Existe una gran variedad de indicadores de efectividad dependiendo del tipo de programa y / o intervención que se desee evaluar. También es posible generar nuevos indicadores, siempre y cuando se respeten las reglas básicas del método científico y sean consistentes con el objeto de investigación.

También es posible generar nuevos indicadores, siempre y cuando se respeten las reglas básicas del método científico y sean consistentes con el objeto de investigación.

Los objetivos del análisis deben reflejar el problema de decisión. De lo contrario, no será posible determinar cuál es el indicador de efectividad más apropiado. Por supuesto, el indicador seleccionado muestra cuáles son los objetivos de la política adoptada. Por ejemplo, un programa cuyo criterio de decisión esté basado en el indicador *Costo sanitario neto por año de vida ganado* implícitamente está suponiendo que el objetivo de la política sanitaria es maximizar los años de vida ganados considerando una restricción de los recursos financieros y que no es importante quien se beneficia ni la calidad de los años de vida ganados.

Ante tal problema es aconsejable utilizar simultáneamente diversos indicadores de efectividad, tanto de corte específico al problema, como de carácter general (los AVAC resultan apropiados en este caso). Por el contrario, se desaconseja utilizar indicadores tales como tipo de muertes evitadas o vidas salvadas, especialmente en el caso de tecnologías aplicadas a individuos cuya supervivencia es incierta y cuya calidad de vida es previsiblemente mala, puesto plantearlo de tal manera propiciaría un sesgo en la investigación y una interpretación tendenciosa del análisis.

Los resultados de la evaluación se dan en forma de una razón de costo – efectividad. Por ejemplo, si el objetivo del programa es evitar muertes por Hepatitis B, la razón del resultado sería el coste por año ganado por la aplicación del programa respecto a no aplicarlo.

Los costos los podemos deducir aplicando la siguiente formula:

$$\Delta C = \Delta C_d + \Delta C_{ea} - \Delta C_{morb} + \Delta C_{daev}$$

Donde:

ΔC = diferencia entre los costos de realizar el programa y los costos de no hacerlo.

ΔC_d = costos directos del programa.

ΔC_{ea} = costos de los efectos adversos del programa.

ΔC_{morb} = ahorro en servicios sanitarios producido por la aplicación del programa (costo de las enfermedades evitadas).

ΔC_{daev} = costo de las enfermedades independientes de la afección original y que ocurrirán por el hecho de incrementar la duración de la vida.

La efectividad neta (diferencia entre la efectividad del programa y la opción de aplicar) se determina de acuerdo a:

$$\Delta E = \Delta A + \Delta A_{morb} - \Delta C_{Aaes}$$

Donde:

ΔE = efectividad neta.

ΔA = incremento neto en años de vida.

ΔA_{morb} = ajuste de los años por una mejora en la calidad de la vida.

ΔC_{Aaes} = efectos secundarios del tratamiento.

Estudio de caso

Datos adaptados de García A, Rovira J. (1990). Análisis de coste – efectividad de dos formas alternativas de tratamiento del tabaquismo. En: Evaluación económica de tecnologías sanitarias. (Mugarra I. Antoñanzas F ed.). X Jornadas de Economía de la Salud. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud. 1990: 357 – 364.

1. Diseño del estudio

1.1. Cuestión planteada

El estudio se plantea la conveniencia de introducir un chicle de nicotina como elemento de refuerzo a las terapias de grupo para dejar de fumar (GDF).

1.2. Opciones consideradas

- a) Conservar a los GDF tal y como están operando.
- b) GDF más tratamiento con chicle de nicotina.

El control de la abstinencia se realiza a través de la cuantificación del monóxido de carbono expirado por los pacientes.

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos

OPCIÓN A	OPCIÓN B
Personal involucrado	Los mismos considerados en la opción B más el costo del chicle de nicotina.
Material fungible	
Equipamiento	
Tiempo empleado	

El resultado de las opciones se mide en términos del número de éxitos, definido como el cese total de consumo de tabaco al cabo de un año de iniciado el tratamiento.

El resultado de las opciones se mide en términos del número de éxitos.

2.2. Medida

Se partió de los historiales clínicos y fichas de seguimiento de los pacientes. Los costos se expresaron en precios de 1984.

2.3. Valoración explícita de costos

COSTOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN
Personal involucrado	Convenios laborales vigentes
Material fungible	Costos de mercado
Equipamiento	Prorrateo
Tiempo empleado	Estimación a partir de la Encuesta Activa del Instituto de Estadística.
Tabaco	Precios de mercado
Chicle de nicotina	

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

Dado que el programa presenta una duración de un año no se considera necesario actualizar los flujos de costos y beneficios.

4. Resultados y conclusiones

CA* = 42,397 ptas.

CB* = 31,281 ptas.

Donde:

CA* = costo por adoptar la opción A

CB* = costo por seguir la opción B.

La opción B (apoyar los GDF con chicle de nicotina) es más rentable a pesar de que el número de éxitos es variable. Entendiendo por éxitos el número de pacientes que dejaron de fumar por un año.

Análisis de costo - utilidad

El análisis de costo – utilidad compara los costos de dos opciones de tratamiento distintas con sus resultados medidos en AVAC (años de vida asociados a calidad). Los resultados de las opciones se expresan en términos de costo por AVAC.

El AVAC es un índice que toma en cuenta tanto la calidad de vida como la supervivencia. El principio sobre el que se basa es el hecho de que un año de vida saludable puede ser equivalente a más de un año de vida con salud deficiente. Este concepto fue introducido inicialmente por Klarman (1968).

El principio sobre el que se basa es el hecho de que un año de vida saludable puede ser equivalente a más de un año de vida con salud deficiente.

No obstante su utilidad, la valoración del estado de salud es fuente de polémica. En general se realiza en función de la utilidad asignada por los individuos a un determinado estado de salud. La utilidad en este caso se define como la preferencia relativa de los individuos entre dos o más estados de salud. Existen cinco métodos básicos para estimar la utilidad de los estados de salud:

1. **Escala de categorías.** En este método el criterio que se utiliza se deriva de la definición de los estados de salud en una escala numérica.
2. **Estimación de magnitud.** Utiliza la comparación y preferencia de un estado de salud con respecto a otro (“El estado de salud A es la mitad de bueno que el B”).
3. **Compensación temporal.** En este método se recurre a las preferencias que tienen los individuos ante las diferentes posibilidades que tienen ante un mismo problema de salud (“vivir 0.4 años sano equivale a vivir un año en el estado A”). Ejemplo: en la artritis reumatoide se presentan por lo menos dos opciones con resultados en calidad de vida distintos:

TRATAMIENTO	EFECTOS POSITIVOS	EFECTOS NEGATIVOS
Aplicación de cortisona.	Estado de salud cierto (Ei).	Esperanza de vida (Ti). Probable muerte a los cinco años.
No se aplica ningún tratamiento.	Estado de salud (Ej) mejor (Ej > Ei).	Esperanza de vida (Tj) menor a cinco años (Tj < Ti).

A continuación se varía el tiempo T_j hasta que el individuo se declara indiferente entre vivir T_j años con mala salud y vivir T_i , menos años con buena salud. El valor de la indiferencia T_j / T_i representa la utilidad del individuo por estar con artritis reumatoide tratada con cortisona.

4. **Compensación por personas.** Este método considera las preferencias que tienen los individuos ante distintos estados de salud. Ejemplo: supongamos que existen dos grupos de personas (X y Y ; $X \neq Y$) con estados de salud (A y B) deficientes y solo se puede atender (curar) a uno de esos grupos. La utilidad relativa de los estados de salud se determina en el momento en el cual resulta indiferente curar a uno u otro grupo y se expresa por medio del cociente X / Y . En resumen, este método se basa en la ponderación del criterio de “Curar a una persona en el estado A equivale a curar a tres en el B ”.
5. **Juego estándar.** Este método de basa en la evaluación de las preferencias entre las distintas opciones de tratamiento ante un problema de salud (“tener una probabilidad de 40% de curarse y de 0% de morir inmediatamente equivale a vivir con certeza en el estado A ”). Considérese el caso de la Angina de pecho. Una opción es una operación de B_y – Pass con una probabilidad de éxito del 80% que le reportaría cinco años de vida plena. Por el contrario, las probabilidades de muerte en el quirófano son de 20%. La otra opción es la de tratamiento médico sin intervención con altas probabilidad de morir a los cinco años. Si el individuo se declara indiferente ante estas dos opciones, la utilidad de la angina de pecho con tratamiento médico es del 80%.

Aun cuando todos los métodos descritos cumplen con sus objetivos, el de equivalencia temporal es el que tiene en cuenta la duración de la vida y calidad de la vida. No obstante, el método de juego estándar se considera la “regla de oro” puesto que es el único que utiliza criterios de incertidumbre, que es el medio en el cual se rigen las intervenciones sanitarias.

El método de juego estándar se considera la “regla de oro” puesto que es el único que utiliza criterios de incertidumbre.

Por otra parte, ningún método está exento de problemas. Los más comunes son los siguientes:

1. Los valores asignados pueden estar afectados por la duración esperada del estado de salud.
2. Los valores pueden cambiar dependiendo de cómo se formulan las preguntas.
3. Las valoraciones que se realizan pueden ser diferente en caso de que el individuo efectivamente se encontrará en la situación descrita.

No obstante los problemas que presentan los métodos descritos, estos han servido para construir índices que ponderan la calidad de la vida. Uno de los más conocidos es la Matriz de Rosse y Kind en el cual se asignan valores numéricos a los diferentes estados de salud. Para efectos de este trabajo baste señalar que al mejor estado de salud corresponde un valor superior.

Con este tipo de instrumento, obtener los AVAC's es sencillo, pues basta multiplicar cada año vivido (o que presumiblemente vivirá) por el valor de la utilidad del estado de salud.

El último elemento a considerar es la combinación de los beneficios de los AVAC's con los costos por tratamiento.

Estudio de caso

Datos adaptados de J. Rovira J, F. Lobo, X. Badía, J. Ventura M. De la Fuente, M, Brosa. (1990). "The cost and benefits of the use of erythropoietin in the treatment of anaemia arising from chronic renal failure. Spanish case study". CHE. University of York. Págs. 73 –112.

1. Diseño del estudio

1.1. Cuestión planteada

Se plantea la conveniencia de sustituir el tratamiento con transfusiones a pacientes con insuficiencia renal crónica y que presentan anemia, por el tratamiento con eritropoyetina. Se propone un análisis de costo/utilidad en virtud de que los efectos sanitarios se manifiestan en cambios en la calidad de vida de los pacientes.

1.2. Opciones consideradas

- a) Tratamiento de la anemia por medio de transfusiones.
- b) Tratamiento con eritropoyetina.

1.3. Evaluación de costos y beneficios

1.4. Enumeración de costos y beneficios

COSTOS	BENEFICIOS
Medicamentos	Calidad de la vida. No se cuentan con evidencias de cambio en la duración de la vida.
Transfusiones	
Otros insumos	

1.5. Medida

Se estimaron los costos anuales de los tratamientos.

1.6. Valoración explícita de costos

Se tuvieron en cuenta los costos de la posible infección por virus de hepatitis derivado de la transfusión sanguínea y los costos por la hipertensión arterial ocasionada por el uso de eritropoyetina. El equipo sanitario evaluó los diferentes de estados de salud de acuerdo a la Matriz de Rosser y Kind, donde se trata de asignar valores positivos y negativos. El valor positivo 1= a buena salud y valores negativos es mala salud. (para más detalle de esta matriz consultar, Badía, X y Rovira J., 1994).

2. Ajuste temporal y de incertidumbre

Se realizó un análisis de sensibilidad de los resultados con distintos supuestos respecto a la magnitud de los costos y de los beneficios medidos en AVAC's, así como con la hipótesis de que la eritropoyetina incrementa la supervivencia en un año. Se actualizaron los resultados empleando dos tasas de descuento. El horizonte temporal de los tratamientos se fijó en diez años.

3. Resultados y conclusiones

Los costos de tratamiento por paciente con transfusiones se situaron entre 39,000 y 58,000 ptas., dependiendo de los supuestos. Los costos con eritropoyetina incluyendo los efectos secundarios se situaron en un rango de 669,000 y 1,069,000 ptas dependiendo de las hipótesis de trabajo empleadas. Los costos por AVAC se ubicaron en 6,200,00 y 40,000,000 ptas para el tratamiento con transfusiones y con eritropoyetina respectivamente.

Análisis de costo – beneficio

Frecuentemente los análisis de costo – efectividad y de costo – utilidad no proporcionan un criterio totalmente definido entre dos o más alternativas existentes. Por ejemplo, un costo por más bajo por AVAC ganado no supone que se deba aplicar automáticamente la opción que lo propicia.

La ambigüedad de esos métodos es el resultado de no emplear valores monetarios a la salud y a otros efectos intangibles. El análisis de minimización de costos si incluye la valoración monetaria, no obstante, sus restricciones implican que su aplicabilidad se reduce a pocos espacios.

El análisis de costo – beneficio pretende salvar estos problemas. En efecto, para juzgar la conveniencia o no de la aplicación de un procedimiento o tratamiento todas las variables deben estar expresadas en unidades homogéneas y conmensurables. Esto es lo que hace el análisis de costo – beneficio. Los principios que guían a esta herramienta son:

Un costo por más bajo por AVAC ganado no supone que se deba aplicar automáticamente la opción que lo propicia.

Para juzgar la conveniencia o no de la aplicación de un procedimiento o tratamiento todas las variables deben estar expresadas en unidades homogéneas y conmensurables.

- a) Todos los eventos se expresan en forma de dinero.
- b) Un programa o acción debe llevarse a cabo si el beneficio neto es positivo y
- c) Si dos programas son mutuamente excluyentes, se aplicará aquel que demuestre un beneficio neto mayor.

Dados estos principios, el principal problema del análisis de costo – beneficio es la expresión en dinero (monetaria) de la salud y de otros efectos intangibles que por su naturaleza son difíciles de evaluar. Por supuesto que la “transformación” en dinero debe entenderse únicamente como un recurso técnico y no como un argumento a favor del mercado, de la privatización de los servicios o de argumentos raciales (“porque una persona “vale” más que otra”).

La valoración monetaria de la salud puede basarse en el enfoque de capital humano (CH) o en el disponibilidad a pagar (DAP).

El enfoque de CH se basa en la valoración de una decisión o programa de salud sobre la salud y supervivencia y sobre las capacidades productivas de los individuos. En ese contexto, los beneficios de prevenir una muerte están dados por los años de vida productiva (que de otra forma se hubieran perdido), multiplicado por el salario anual bruto que percibiría en esos años y por la tasa de ocupación estimada para ese periodo.

Las principales críticas a esta metodología son las siguientes:

1. No tiene un sólido fundamento teórico. En realidad los individuos valoran la vida independientemente de que estén en un proceso productivo.
2. En caso de que se aceptará el enfoque de CH, en realidad debería incluir también sus “costos” (alimentación, educación), algo que el modelo deja de fuera.
3. Discrimina a grupos sociales inactivos.

En respuesta a estas debilidades surgió el método de DAP que consiste en la valorización de la vida y la salud en base al dinero que los individuos están dispuestos a pagar por una mejora cierta o probable de salud. Alternativamente, también se puede considerar el monto en dinero que los individuos aceptarían por un estado de salud deficiente. Desde el punto de vista teórico, el DAP es superior al enfoque de CH. Existen dos aproximaciones para valorar el DAP: los modelos basados en Cuestionarios y basados en Preferencias Reveladas. En el primer caso se trata de estimaciones declaradas por los individuos; en el segundo, de valorizaciones inferidas por el comportamiento observado de los individuos.

Estudio de caso

Datos adaptados de J. Mugarra I. Cabasés J. (1990). Análisis coste – beneficio del programa de detección precoz de enfermedades metabólicas en la comunidad autónoma vasca. Gaceta Sanitaria; 19: 140 – 144.

1. Diseño del estudio

1.1. Cuestión planteada

Se plantea estudiar la rentabilidad social (diferencia entre beneficios sociales y costos) de un programa de detección precoz y tratamiento de la fenilcetonuria y del hipotiroidismo congénito.

1.2. Opciones consideradas

c) Dado que el programa ya existe, se contrasta con la posibilidad de supresión del mismo.

2. Evaluación de costos y beneficios

2.1. Enumeración de costos y beneficios

Del lado de los costos, se considera la utilización de recursos sanitarios para la detección, diagnóstico y tratamiento precoz de las dos enfermedades. Por parte de los beneficios presentan las estimaciones de ahorro futuro de recursos en educación y sanitarios y la productividad ganada por los individuos que evitarían retraso mental.

2.2. Medida

Se estimaron los costos imputables al programa en dos años. En cuanto a los beneficios, se supone que el costo de la educación especial es 87% más cara que la educación habitual. Se consideraron también los costos adicionales para personas con deficiencias graves. Los beneficios indirectos se calcularon como el valor de la producción ganada por la prevención de 20 casos de deficiencia mental.

2.3. Valoración explícita de costos

La valorización se efectuó a precios de costo de las instituciones obtenidos de la contabilidad correspondiente. Para la estimación de los efectos indirectos se utiliza al valor añadido bruto (VAB) por persona.

3. Ajuste temporal y de incertidumbre

Todas las estimaciones se efectuaron considerando una tasa de descuento de 4 y de 7%. Se estableció el supuesto de que los costos educativos asistenciales no se incrementarían y que el PI por persona se incrementaría en 2% en términos reales.

4. Resultados y conclusiones

Los resultados se sintetizan mediante índices de costo – beneficio en los que destaca el descubrimiento de que el valor actual es positivo. La excepción lo constituyen los casos en cuales se aplica una tasa de descuento del 7% y del VAB del 2%. En términos de costo– beneficio, la prevención de un caso de retraso mental se estimó en 3.3 millones de pesetas.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tercer ejercicio Ejercicio individual

Nota: Este ejercicio deberá enviarse a la Mtra. Esthela Redorta.

Aplicaciones de evaluación económica en salud Ejercicios prácticos para cada una de las técnicas de evaluación

Instrucciones

Los ejercicios aplicados al tema 1 son para el análisis de la metodología y de los resultados. Se trata que, a partir de los casos expuestos, usted:

- Exponga su punto de vista como evaluador externo.
- Externe su opinión sobre la metodología.
- Analice los indicadores utilizados.
- Analice los resultados del ejercicio en términos de aciertos, críticas o cuestionamientos y propuestas.

Deberá presentar su análisis y comentarios sobre los ejercicios en un máximo de dos páginas.

Debido a que se trata de una presentación breve del proyecto realizado, en algunos ejercicios, los resultados se obvian, o se encuentran implícitos en los supuestos o en los mismos resultados.



DIPLOMADO A DISTANCIA: GERENCIA Y ECONOMÍA DE SERVICIOS DE SALUD

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN PARA ENVÍO
DE ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN**

DE:

NOMBRE		FECHA	
INSTITUCIÓN			
PAÍS		LOCALIDAD	
Fax:		Correo electrónico:	

PARA: FAX: 5668 0094 / 55950644 FAX DEL PROFESOR TUTOR:

COORDINADORES: Lic. Antonio Pérez Gómez / Dra. Claudia Juárez Ruiz
TUTOR:

Puede fotocopiar esta forma y emplearla para enviar cada una de las actividades de evaluación.

ACTIVIDADES	FECHA DE ENVÍO	No. DE HOJAS QUE ANEXA
Primer ejercicio.		
Primer avance del trabajo final.		
Segundo ejercicio.		
Segundo avance del trabajo final.		
Tercer ejercicio.		
Trabajo final.		

Directorio

SANTIAGO LEVY ALGAZI
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

Secretaría General de la CISS
COORDINADORA: MARÍA DEL CARMEN ALVAREZ GARCÍA

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
Coordinador Académico General del CIESS

ANTONIO PÉREZ GÓMEZ
Jefe de la División de Administración del CIESS

CLAUDIA JUÁREZ RUIZ
Coordinadora del Área de Economía de la Salud del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA
Coordinador de la Unidad de Tecnología Educativa del CIESS

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS

Esta publicación se terminó de imprimir en el mes de junio del año 2001, en las instalaciones del DTC de Xerox Mexicana, S.A. de C.V., Prolongación Protón No. 47, Naucalpan, Edo. de México. El tiraje fue de 158 ejemplares y la edición estuvo a cargo de la Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.