

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.

Gestión de la Atención a la Salud

Curso a Distancia



material
de estudio

Gestión de la atención a la salud
Curso a distancia

Material de estudio



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

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

Ciudad de México, agosto de 2000.

Gestión de la atención a la salud
Curso a distancia

Material de estudio



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

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

Ciudad de México, agosto de 2000.

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. 1999. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad

ISBN: 968-6748-21-0

Índice

	Página
¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?	5
¿Cómo está conformado el Curso?	7
Módulo 1. Contexto de la gerencia de la atención a la salud.	9
Tema 1. Procesos de la reforma sectorial, evaluación y seguimiento. Por Joaquín Molina Leza	11
Tema 2. De la administración a la gerencia de servicios de salud. Por Carlos G. Godínez Cortés	31
Ejercicios y actividades de evaluación.	47
Módulo 2. Análisis organizacional de la gerencia de la atención de la salud.	49
Tema 1. Diseño organizacional. Por Carlos G. Godínez Cortés	51
Tema 2. Desarrollo organizacional. Por Carlos G. Godínez Cortés	67
Tema 3. Desempeño organizacional. Por Carlos G. Godínez Cortés	93
Tema 4. La ética del gerente de servicios de salud. Los valores y principios éticos en las actividades gerenciales en los servicios médicos. Por Guillermo Fajardo Ortiz	105
Ejercicios y actividades de evaluación.	113
Módulo 3. Modelos de evaluación del desempeño. Por Hilda Reyes Zapata	115
Tema 1. Calidad de la atención en servicios de salud.	117
Tema 2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño.	131
Tema 3. <i>Monitoreo</i> y evaluación de servicios de salud basado en indicadores de calidad.	151

Anexos	161
Ejercicios y actividades de evaluación.	171
Formato para envío de actividades de evaluación.	175

¿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 Curso.

Guía didáctica

La Guía Didáctica tiene el propósito de ofrecer a usted una orientación general sobre los procedimientos para realizar el Curso 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 Curso: En esta parte se señalan la justificación, propósito, objetivos y perfil de egreso, lo que le permitirá delimitar las finalidades del Curso 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 Curso. 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 curso a distancia?* se señalan algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del Curso.

Una lista de los ejercicios que debe resolver y enviar al CIESS, así como las características del proyecto final que debe exponer en la sesión presencial para acreditar el Curso, se ofrecen en el título *¿Qué actividades debo realizar y cómo se evaluará mi desempeño? Aquí se indican las fechas límite para entregar cada actividad de evaluación y el trabajo final requeridos para la aprobación del Curso.* 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 Curso.

Material de Estudio

Este material está dividido de acuerdo con los tres módulos que conforman el Curso. 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 Curso?

Este Curso corresponde a una actividad presencial con duración de 120 horas. Cada uno de los tres módulos deberá estudiarse de manera secuencial e independiente, de manera que se integre el entorno de la gerencia en la macro-gestión de los servicios de salud a la luz de la reforma sectorial y de seguridad social, a la vez que se desarrollen las herramientas gerenciales que permitan fortalecer la adecuada asignación de recursos, el trabajo en equipo, y la toma de decisiones de los directivos de las instituciones de salud.

Los módulos que integran el Curso son los siguientes:

Módulo I. Contexto de la gerencia de la atención a la salud, donde se facilita el conocimiento y la comprensión de la gestión de la atención a la salud a la luz de los procesos de reforma sectorial así como el análisis de las corrientes administrativas y la transición de la administración a la gerencia de servicios de salud.

Módulo II. Análisis organizacional de los servicios, donde se describe la metodología para determinar situacional y organizacionalmente a los servicios de atención a la salud. Asimismo, se proporcionan los elementos de análisis para el desarrollo de las aptitudes y actitudes de los profesionales de las instituciones de la salud.

Módulo III. Modelos de evaluación del desempeño, donde usted analizará e instrumentará la metodología para evaluar el desempeño organizacional de los servicios de atención a la salud con base en el análisis de procesos, priorización de problemas, diseño de indicadores de calidad y monitoreo de los procesos útiles para garantizar la calidad y, por ende, la eficiencia de los servicios que se otorgan a la población.

Módulo 1. Contexto de la gerencia de la atención a la salud

INTRODUCCIÓN

Al final del siglo XX se observa un nuevo perfil en la estructura y funcionamiento en la gestión pública de la mayoría de las regiones del mundo. Este cambio se ha identificado como un proceso de modernización y reforma del Estado que tiene varias características, entre ellas la globalización, la terciarización económica, la informacionalización, las transiciones y la mayor participación de la comunidad ante las demandas sociales, por lo que se requieren gerencias innovadoras que satisfagan la necesidad de los nuevos escenarios de la administración pública. Frente a estos cambios, los diferentes sectores y actores de la sociedad encaran nuevos desafíos que a su vez exigen de los mismos mayor capacidad de adaptación y un trabajo permanente de innovación que les permita acompañar el ritmo de la nueva realidad.

El sector salud no es ajeno a estos cambios. Las grandes tendencias afectan su organización y la forma como debe encarar la prestación de servicios. El aumento de la demanda de atención de salud, la capacidad de los profesionales de salud para proporcionar esta atención, los recursos limitados y tal vez decrecientes del sector de la salud ponen de relieve la importancia de una buena gestión y de una planificación eficaz de los servicios de salud.

La asignación de las funciones gerenciales en los servicios de salud se puede enfocar desde distintos puntos de vista. Uno de ellos se basa en el ciclo de gestión, es decir, que existen diversos niveles de gestión tales como la planeación estratégica, la vigilancia y control de la ejecución, la evaluación y la reprogramación según sea necesario.

El área médica se ha ocupado convencionalmente de revisar los problemas de salud y enfermedad de la población y las variadas actividades que pueden desarrollarse para proteger y fomentar la salud del individuo, de su grupo familiar y de la comunidad a la que pertenece. Por lo que este programa pretende demostrar como es posible aplicar conocimientos y técnicas de administración científica a todas estas actividades considerando, para tales efectos, a la administración como el conjunto de recursos humanos, materiales y financieros de salud, debidamente dispuestos como una empresa que presta valiosos servicios a la población.

Es así que en este módulo se analizan los escenarios de la gerencia de servicios de salud a la luz de los procesos de reforma, así como las corrientes administrativas que lo dieron origen y los conceptos *transicionales* de la administración a la gerencia.



OBJETIVO

- Identificar el contexto, las características y las principales tendencias de los procesos gerenciales a la luz de los procesos de la reforma sectorial.

PALABRAS CLAVE

Administración
Calidad
Descentralización
Dirección
Eficiencia
Equidad
Evaluación
Gestión

Mercado
Organización
Planeación
Políticas
Reforma sectorial
Salud
Sistemas
Transición

TEMAS

1. Procesos de la reforma sectorial, evaluación y seguimiento. Por Joaquín Molina Leza.
2. De la administración a la gerencia de servicios de salud. Por Carlos G. Godínez Cortés.

Tema 1. Procesos de la reforma sectorial, evaluación y seguimiento

Por Joaquín Molina Leza

Resumen

En este tema se plantean de manera general las razones y características de los procesos nacionales de reforma. Se analizan, asimismo, los cambios introducidos en los sistemas de salud que generan la mayor parte de los debates en la materia.

Entre las características de los procesos de reforma sectorial se destaca lo concerniente a los aspectos de conducción, financiamiento, organización de los sistemas de salud y la provisión de servicios.

Finalmente se aborda la importancia de realizar un seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud.

Tema 1. Procesos de la reforma sectorial, evaluación y seguimiento

Por Joaquín Molina Leza

Gran parte del planteamiento programático de los gobiernos de los países de América Latina en la década de los años ochenta y primera parte de los noventa ha estado relacionado con temas como: la consolidación de la democracia, la modernización del sector público y la recuperación de la actividad económica tras la crisis de la década precedente.

El saldo general en estos temas, en opinión de muchos analistas políticos, es de avances en la democratización con mayor participación de la comunidad, del sector privado y de los gobiernos locales en los procesos de desarrollo nacional; una mayor apertura económica inserta en los nuevos fenómenos de globalización y los procesos de integración subregional y un reordenamiento económico en prácticamente todos los países dirigido a reducir la participación del sector público en la ejecución de actividades no consideradas esenciales a su quehacer, especialmente en las áreas de producción.

Ahora bien, dicho reordenamiento económico tuvo un impacto considerable en las políticas de gasto público, incluido, por supuesto, el de salud.

A causa de la crisis de la deuda externa se introdujeron en casi todos los países -con carácter de urgencia- medidas de ajuste destinadas a recuperar el equilibrio macroeconómico externo. Si bien se obtuvo el resultado esperado de reasignar recursos para cumplir con los compromisos del endeudamiento externo, uno de sus efectos indeseables fue originar desequilibrios fiscales.

La posterior revisión de la política fiscal dio origen a significativas reducciones del gasto público, particularmente intensas en el gasto social.

Las fuertes caídas del Producto Interno Bruto (PIB), como consecuencia de las propias medidas adoptadas para afrontar la crisis de la deuda, fue la justificación para la introducción de reformas estructurales definidas como «modificaciones de fondo a las políticas económicas para facilitar en el corto plazo los equilibrios macroeconómicos y, en el largo plazo, hacer que las economías sean más competitivas en el mercado internacional».

Las consecuencias sociales negativas del ajuste se vieron en el acrecentamiento de la desigualdad en la distribución del ingreso y el crecimiento de la pobreza, dificultando el acceso a una condición de vida social y éticamente aceptable para muchas personas y familias.

Las consecuencias sociales negativas del ajuste se vieron en el acrecentamiento de la desigualdad en la distribución del ingreso y el crecimiento de la pobreza.

Durante los últimos quince años las políticas de gasto público social tuvieron una evolución regresiva. Se observaron enormes reducciones del gasto social y cambios en su composición. Se redujo el componente de gasto de capital primero, para luego disminuir los gastos de mantenimiento y adquisición de insumos, hasta llegar a casos en los que los recursos disponibles eran suficientes solo para cubrir los salarios.

El sector salud fue afectado con severos recortes de gastos en prácticamente, por no decir todos, los países del continente.

Al inicio de los noventa, con evidencia de deterioro en las condiciones de vida de amplios sectores de población, se reconoció que el peso del esfuerzo para salir de la crisis estaba recayendo en los más desposeídos y que la justicia redistributiva y la igualdad de oportunidades eran, a la vez, requisitos y objetivos del desarrollo. Se plantea que el desarrollo económico tendrá que ser sostenible en términos de crecimiento y de redistribución y respetuoso del derecho de las generaciones futuras sobre los recursos naturales no renovables. Estas reflexiones dieron origen al concepto de *desarrollo humano sostenible*.

Esta revalorización de la política social emergida de la implacable persistencia de vastas desigualdades y la creciente pobreza, planteó con renovada fuerza la necesidad de superar las inequidades y entre ellas, las inequidades en salud (entendidas como las diferencias innecesarias, evitables e injustas en las condiciones de vida), como requisito para el desarrollo humano sostenible, la gobernabilidad y la consolidación de la democracia.

La conciencia de que las inequidades persisten y se han exacerbado es un criterio manifiesto en todos los foros, debates y el periodismo verdadero a nivel continental y mundial. Deseo citar en este sentido, a las cumbres de la Infancia, de Población y Desarrollo, de las Américas, del Desarrollo Social y de la Mujer.

Lo positivo del discurso político actual, en cabal y estricto sentido humano, es que el debate de la disyuntiva entre dar prioridad al ajuste macroeconómico frente al cuidado del bienestar de la población está acabado. Aprovecho para citar lo expresado, en ocasión de la sexta Cumbre Iberoamericana, por el secretario general de la OEA, César Gaviria: "En la región no puede seguirse hablando de milagros económicos y privatizaciones porque la gente está harta de esa monserga y porque el discurso político tiene que estar, nuevamente, por encima de lo económico".

Un concepto introducido a raíz de los mencionados procesos de cambio y ajustes sociopolíticos y económicos en los países, fue el de modernización del Estado. Con él se abordan tanto problemas políticos globales ligados a la legitimidad y a la gobernabilidad, como problemas económicos relacionados con el funcionamiento y la sostenibilidad financiera de las empresas públicas. Todo lo cual involucra al sector salud.

Las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la última década y el incremento de costos debido a las nuevas tecnologías, hizo más evidente la ineficiencia de las instituciones para la gestión de sus recursos. Se produce una cierta

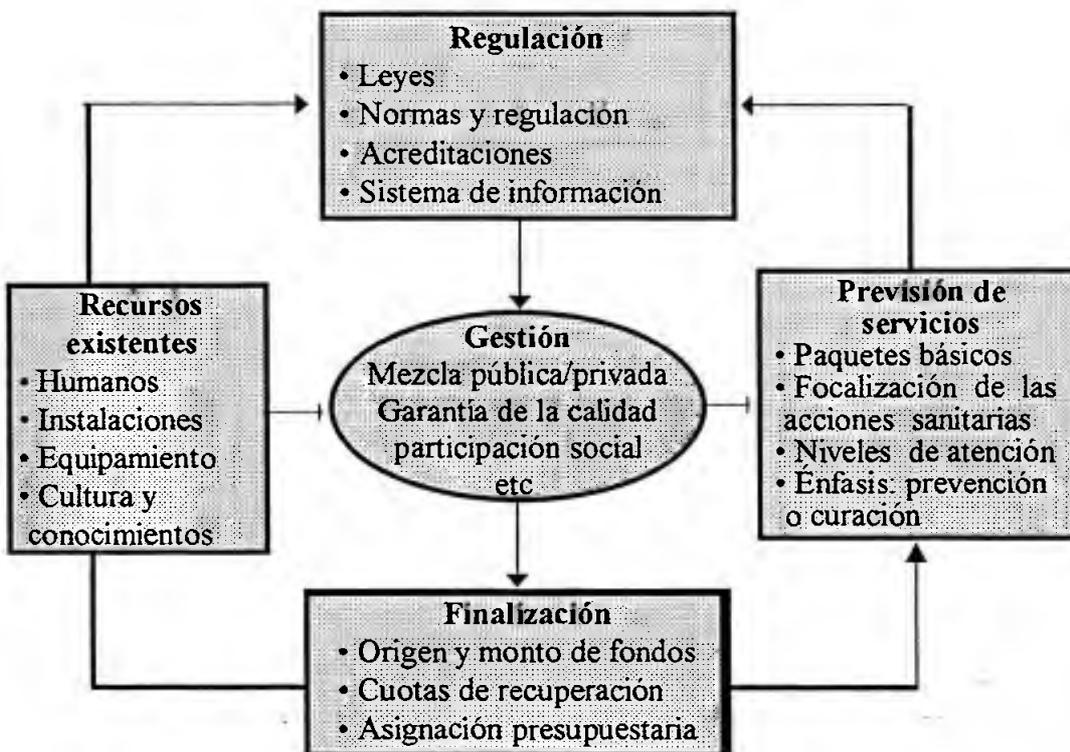
crisis de credibilidad del sector público por la falta de correspondencia entre la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos y las necesidades y expectativas de la población.

En el ámbito de la producción de servicios públicos (los de salud entre ellos), la modernización colocó su blanco en el aumento de la eficiencia y la efectividad aplicando estrategias de privatización total o parcial como eje de la reforma. En otros casos, de modo separado o concomitante, se intentó mejorar la eficiencia por la vía de nuevos esquemas de incentivos a la productividad, la capacitación técnica y gerencial y la introducción de tecnologías.

Para lograr la sostenibilidad financiera, también como parte de la modernización institucional, se ha tratado de generar nuevos recursos trasladando a los usuarios (la población) nuevos cargos nunca antes aplicados en los servicios públicos y no pocas veces, fuente de polémica e inconformidad. Al mismo tiempo, se intenta racionalizar la utilización de la capacidad financiera tradicional.

Para finalizar la descripción del contexto en relación con los procesos de reforma, quisiera expresar que la imagen de los servicios públicos en la mayor parte de los países de América Latina se revela bastante deteriorada luego de prolongados periodos de crisis, ajustes y procesos de cambio institucional.

Figura 1
Representación esquemática del modelo de atención a la salud



Pasando a los contenidos, ahora sí, de los procesos de reforma del sector salud en América Latina, lo abordaré en dos partes:

- Una primera donde he intentado resumir las razones, las características y los aspectos relevantes de los procesos nacionales de reforma. Aclaro que las razones, características y los aspectos relevantes de las reformas los abordaré en forma genérica y hago pocos juicios de valor.
- En la segunda parte, me propongo presentar algunas de los aspectos controversiales y cambios que se están introduciendo en los sistemas de salud con los procesos de reforma, tal como son vistos y analizados por otros muchos preocupados del tema a los cuales me uno, y aquí sí hay muchos juicios de valor.

Buena parte, no todos, de los hechos que citaré son tomados de un documento, que está en etapa de redacción final dentro de la OPS/OMS, que tiene por título: Documento de referencia para la cooperación técnica de la OPS en los procesos de reforma sectorial.

Las razones declaradas para la reforma sectorial en salud

Aún reconociendo la diversidad de características de los procesos nacionales, se identifica en las propuestas nacionales de reforma sectorial el propósito general de mejorar el nivel de salud para toda la población. Junto a ese propósito, digamos global, las razones más comúnmente aducidas son cinco y pueden ser resumidas del siguiente modo:

1. **Los retos derivados de los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos.** Se reconoce que coexisten perfiles epidemiológicos característicos del subdesarrollo (donde predominan las enfermedades transmisibles y carenciales) con otros más comunes en los países desarrollados (donde predominan las enfermedades crónicas y los accidentes) interpretándose que la tendencia a futuro será de predominio de estos últimos y que junto con el envejecimiento progresivo de las poblaciones, requerirá de servicios de salud más complejos y de ahí la necesidad de su transformación paulatina.
2. **La persistencia de inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a los servicios.** El reconocimiento a la existencia de grupos postergados -los pobres cuando la definición es de estrato socioeconómico o los conurbanos y la población rural dispersa cuando la diferenciación se hace geográficamente- se plantea como causa para aplicar programas focalizados, mismos que en honor a la evidencia no siempre resultan bien articulados con los servicios preexistentes y cuyos resultados han sido insuficientes.
3. **Ineficiencias tanto en la asignación de recursos como en la gestión de los servicios.** Aquí las explicaciones son numerosas, pero las más reiteradas en los programas de reforma son que la gestión pública no toma en consideración los criterios de costo-beneficio para decidir la asignación de recursos y evaluar los resultados de los programas de salud.

Se reconoce que coexisten perfiles epidemiológicos característicos del subdesarrollo con otros más comunes en los países desarrollados, interpretándose que la tendencia a futuro será de predominio de estos últimos.

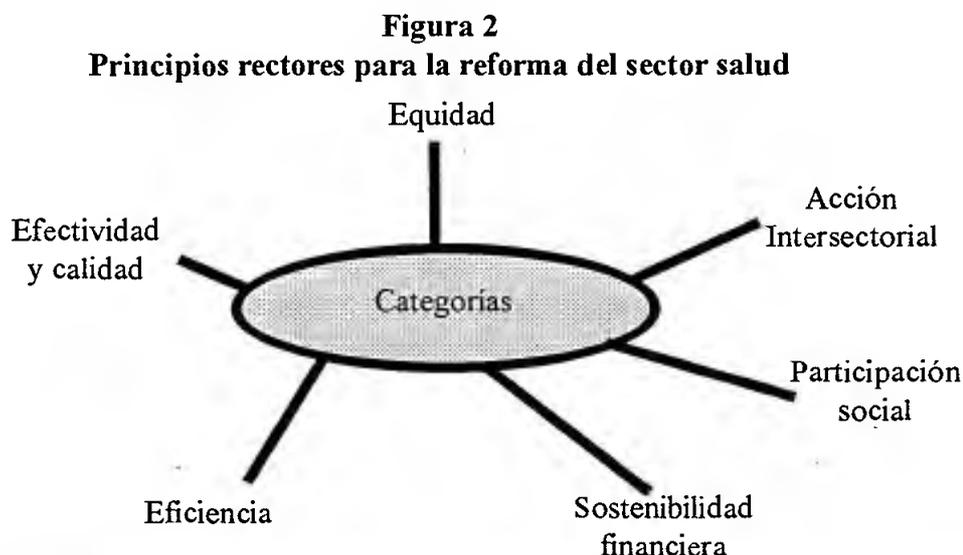
4. **Deficiencias en la calidad de los servicios.** Las deficiencias de la calidad de los servicios públicos de salud son colocados como una preocupación grande de amplios sectores políticos y sociales, unido a que la población es cada vez más consciente de sus derechos ciudadanos, tanto en su calidad de contribuyente como de ciudadano.
5. **Dificultades derivadas de la sostenibilidad de los servicios públicos de salud.** El *déficit* de financiamiento de los servicios públicos en los modelos gerenciales actuales es el último de los argumentos más frecuentemente reiterado como razón para iniciar proceso de reforma sectorial, aduciéndose causas múltiples que van desde ineficiencias en la gestión hasta elevación de los costos derivados de las nuevas y sofisticadas tecnologías.

Sin perjuicio de la lógica diversidad entre países, los documentos programáticos de reformas también incorporan una serie de objetivos de trabajo entre los que destacan:

- Fomentar la equidad en el estado de salud, en el acceso a los servicios y en su financiamiento.
- Mejorar la calidad, tanto desde la perspectiva técnica como desde el punto de vista del usuario.
- Aumentar la eficiencia del gasto en salud, en la asignación y la gestión de los recursos.
- Asegurar la sostenibilidad financiera del sector.
- Impulsar la descentralización con participación social en la planificación, la gestión, la provisión y la evaluación.

Las razones antes expuestas son, repetimos, las más frecuentemente planteadas en los documentos de reforma de los gobiernos, en los distintos países.

Como todos sabemos, el punto de vista oficial sobre la reforma del sector no siempre es compartido por otros grupos de opinión de los respectivos países. En la abundante literatura sobre reforma que se está produciendo en la región, se identifican contraposiciones y discrepancias con respecto a la postura oficial, quedando claro que los contenidos de las reformas constituyen un asunto controversial.



Las características de los procesos de reforma sectorial

La caracterización global de los procesos de reforma que presentaremos está basada en los contenidos y las orientaciones de los cambios que las reformas buscan introducir y se presentan agrupadas según las funciones de conducción, financiamiento, organización del sistema y la provisión de servicios públicos de salud.

Referente a la función de conducción, un elemento sustancial presente en las reformas de muchos países consiste en redefinir los papeles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas y servicios de salud. Se diseñan y ponen en marcha estrategias de descentralización que buscan el acercamiento de los servicios a los usuarios. Asimismo, afirman la responsabilidad del gobierno central, como garante del acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios de salud ejerciendo su función reguladora.

En materia del financiamiento público se parte de que el existente es insuficiente para atender las necesidades presentes y los incrementos esperados. Los procesos de reforma en los países tratan de identificar y movilizar fuentes de financiamiento adicionales y declaran una reorientación del gasto con criterios de equidad y eficiencia. Este planteamiento evidencia la intención de trabajar el tema del financiamiento desde una perspectiva que considere las distintas fuentes de financiamiento y la generación de fondos adicionales al presupuesto y también, la revisión del modo en que se realizan las asignaciones incorporando el análisis de costo-beneficio.

Asimismo, generalmente se hace explícita la preocupación por la equidad financiera mediante la adopción de mecanismos de financiamiento que consideren asignaciones y necesidades de los beneficiarios y no desalienten de usar los servicios a quienes no tienen capacidad de pago.

Otro elemento identificado en varios programas de reforma es separar el financiamiento público de la provisión de servicios, con explicaciones casi siempre insuficientes sobre los beneficios potenciales de esto, salvo que la autoridad podrá concentrarse -por disminución de tareas- en el ejercicio de la función reguladora.

El tema de sostenibilidad financiera del gasto en salud es también abordado en las reformas, siendo una preocupación el ajuste del nivel de gasto a las posibilidades de la economía nacional. Para ello, entre otras cosas, plantean mejorar los sistemas de asignación y utilización de los recursos y de establecer formas de recuperación de costos y fórmulas de complementariedad entre los esquemas de atención pública y privada.

En relación con la organización de los sistemas de salud se destaca el énfasis de todas las propuestas de reforma en ampliar la cobertura y mejorar el impacto en el estado de salud. Dicha ampliación se refiere, básicamente, a la provisión de servicios de salud a grupos poblacionales que en la actualidad carecen de acceso regular a servicios básicos de salud.

Una segunda característica de los procesos de reforma en cuanto a la organización

Un elemento sustancial presente en las reformas de muchos países consiste en redefinir los papeles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas y servicios de salud.

Las reformas plantean mejorar los sistemas de asignación y utilización de los recursos y de establecer formas de recuperación de costos y fórmulas de complementariedad entre los esquemas de atención pública y privada.

de los servicios es el incremento del peso relativo de la atención ambulatoria basada en la promoción y la prevención.

En muchos casos incorpora un ordenamiento de la atención estableciendo conjuntos básicos de prestaciones, según criterios epidemiológicos y de política de cada país. Sirven también estos paquetes para precisar las acciones de salud a ser financiadas con recursos públicos focalizados en los grupos más vulnerables o en los problemas de salud de alta prevalencia, susceptibles de control con medios de alta efectividad y bajo costo.

Por último, en la provisión de servicios de salud las reformas plantean siempre mejorar la eficiencia y la productividad de los servicios.

Se pretende ampliar el número y variedad de los proveedores públicos y privados - sin y con ánimo de lucro- de tal manera que aumenten las posibilidades de elección para financiadores y usuarios. En este sentido, es común la propuesta de reestructuración de los hospitales públicos como empresas, con autonomía de gestión y capacidad para recuperar costos.

En la mayoría de las reformas se intenta modificar las formas de gestión e introducir incentivos dirigidos a estimular la eficiencia y desalentar la sobrestación de servicios y el uso inapropiado de tecnologías complejas. En varios casos se adoptan nuevas formas de contratación de servicios a terceros, la formación de redes eficientes de servicios complementarios de diagnóstico, suministro de medicamentos y otros insumos, que luego pasan a tener gran importancia para los establecimientos de salud.

Al mismo tiempo, la gestión de los recursos humanos está siendo objeto de atención, contemplando nuevas formas de contratación, remuneración y evaluación del desempeño que declaran estar dirigidas a incentivar el aumento de la eficiencia y la calidad de la atención.

También, los procesos de reforma suelen hacer énfasis su intencionalidad de incrementar la participación social en los ámbitos de la promoción, prevención y atención de la salud.

En la mayoría de las reformas se intenta modificar las formas de gestión e introducir incentivos dirigidos a estimular la eficiencia y desalentar la sobrestación de servicios y el uso inapropiado de tecnologías complejas.

Los aspectos relevantes de los procesos de reforma sectorial

En este apartado sobre aspectos relevantes de las reformas nos proponemos tratar algunas complejidades de dichos procesos, identificadas en las experiencias más comentadas de la región.

En primer lugar, los procesos de reforma se supone que involucran un gran número de actores, tanto del ámbito de la sociedad (empresarios, sindicatos, movimientos sociales, medios de comunicación, etc.) como del sector público (instancias de gobierno y de los otros poderes) y principalmente, los del sector salud (autoridades sanitarias, instituciones docentes, aseguradores y proveedores públicos y privados, asociaciones profesionales y trabajadores del sector, suministradores de bienes y servicios, agencias

y organismos de cooperación técnica) cuyos intereses no siempre son coincidentes, aunque no necesariamente contrapuestos en todos los casos.

El diálogo y la concertación entre tantos y tan diversos actores es algo que no se está dando en todos los casos y donde ocurre, no siempre adopta una forma fluida y fácil. Frente a ello pensamos que resulta crítico el liderazgo gubernamental y la capacidad técnica suficiente para conducir el proceso de reforma en su realidad de conflicto. Queda claro que la reforma sectorial en salud debe ser asunto de muchos y de que hay que hacer lo posible, para que sea asunto de todos.

En segundo lugar, los procesos de reforma implican fases con distintas características que demandan tratamientos y capacidades específicas. Se han identificado cuatro fases básicas en el mismo: diseño, negociación, ejecución y evaluación.

En la fase de *diseño* resulta crítico identificar el origen, los motivos y los actores que participaron en el proceso de gestación de la decisión de emprender la reforma. En muchas ocasiones, la iniciativa surge fuera del sector e incluso en el ámbito internacional, sin que aquellos que luego tienen que dirigir y ejecutar los cambios hayan mantenido el suficiente control sobre los factores que condicionan su orientación.

En cuanto a las fases de *negociación y ejecución*, se ha percibido que con frecuencia no se dedica el suficiente tiempo a la construcción del consenso necesario, ni se tienen en cuenta a todos los actores relevantes, restándose de ese modo viabilidad al proceso. También ocurre que las autoridades no disponen de toda la información sobre las distintas opciones técnicas para afrontar los problemas prioritarios de salud.

Respecto a la *evaluación*, es frecuente no establecer con antelación suficiente los indicadores y los mecanismos de control y evaluación de los procesos de cambio, de sus resultados y sus consecuencias.

En tercer lugar, los procesos de reforma toman tiempo (normalmente más de una legislatura) lo que implica la conveniencia de plantearlos y conducirlos como asunto relevante y trascendente de la vida de los ciudadanos, más que como iniciativas de un sólo partido o un gobierno. Por tanto, resulta importante planear y concertar los principios rectores, las variables de cambio y el calendario general del proceso entre la mayor cantidad posible de actores.

En cuarto lugar, algunas experiencias sugieren que los procesos de reforma requieren combinar cambios de mediano y largo plazo, con otros más rápidos y de impacto inmediato, armonizando una agenda estratégica adecuada. En este punto parece importante saber explicar las relaciones entre desarrollo social y salud, y entre salud y servicios de salud, y articular una clara visión de los objetivos finales con una planificación cuidadosa de cada una de las etapas del proceso.

En quinto lugar y por último, aunque pudiera hacerse una lista más larga, está el reto de mantener la coherencia y la concurrencia necesaria con procesos de reforma de otros sectores que eventualmente se estén impulsando desde otras esferas del gobierno y afecten al sector salud.

En la experiencia regional aparece claro el carácter nacional de las reformas y la imposibilidad de formular recetas universales. Por ello, el papel de los organismos y agencias de cooperación se perfila cada vez más como de acompañamiento y apoyo, cuando son requeridos por los países, para cooperar con el proceso de acuerdo a las características de cada país.

Seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud en las Américas

Los procesos nacionales de reforma del sector salud son de los temas más debatidos actualmente en la salud pública del continente. Los principios básicos que guían estos procesos, las estrategias a implantar, la gestión de los cambios, el financiamiento sectorial y otras áreas más, conforman la agenda de asuntos relevantes sujetos a discusión en el marco de la reforma del sector salud.

Sin embargo, luego de revisar la información sistematizada y los programas nacionales y otros documentos de gobierno sobre reforma del sector salud, se aprecia que el seguimiento y la evaluación son de las áreas menos tratadas –y posiblemente desarrolladas-, particularmente en Latinoamérica. No ocurre lo mismo en los países pertenecientes a la OCDE, ocupándose esta organización de documentar los procesos nacionales de reforma del sector salud y de publicar análisis comparados de sus estrategias y los cambios introducidos en los sistemas nacionales de salud, particularmente de los países europeos, a partir de la década de los ochenta¹

Se han dado algunas explicaciones del poco seguimiento y la menos frecuente evaluación de los procesos nacionales de reforma del sector salud en América Latina. La más comúnmente declarada es que los procesos de reforma son jóvenes en la mayoría de los países -no en todos-, y su revisión será tarea para el futuro. Otras explicaciones para no evaluar tienen que ver con la complejidad de estos procesos, que como sabemos involucran a muchos actores con posiciones y perspectivas no pocas veces opuestas, cuyas diferencias interesa no profundizar; y también que los estrategias de reforma se asocian con decisiones de gobierno y en esa medida, si los resultados de la evaluación no llenan las expectativas iniciales, se teme que la oposición política los utilice como crítica a la posición oficial.

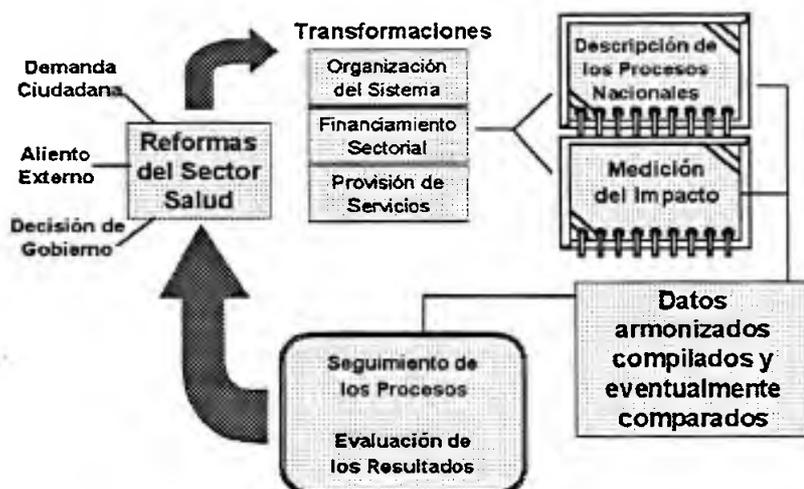
Por suerte, los excusas mencionados para no hacer seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud han perdido fuerza en el contexto actual. Los procesos nacionales de reforma acumulan años en la mayoría de los países y su evaluación resulta impostergable. Asimismo, el desarrollo de reformas en salud es cada vez más el producto del consenso entre actores sociales al interior de los países, al tiempo que las organizaciones de financiamiento internacional y de cooperación técnica en salud buscan sinergias y evitar duplicidades en su labor.

¹ México pertenece formalmente a la OCDE y en 1998 esta organización publicó un estudio sobre la reforma del sector salud en México.

Los orígenes de los procesos de reforma del sector salud son diversos y están insertados complejamente en la política de desarrollo de cada país. No obstante, es posible identificar al menos tres motivaciones –declaradas o no declaradas– que han concurrido para desencadenar procesos de esta magnitud: (1) demandas ciudadanas de acceso a servicios y de mayores beneficios del sistema de salud, que algunos analistas lo interpretaron como interés por incrementar la responsabilidad individual y familiar sobre la salud; (2) decisiones de los gobiernos, con grados diferentes de consenso según el país, sobre los esquemas deseados y posibles de acceso y prestación de los servicios de salud en su realidad socioeconómica particular y; (3) aliento externo por parte de instituciones financieras internacionales y organismos de cooperación para transformar los sistemas de salud, patentizado través de préstamos y donaciones de fondos para financiar los cambios a introducir

Figura 3. Análisis de las reformas del sector salud

Análisis de las Reformas del Sector Salud



Prácticamente todos los países del continente han implantando a lo largo de la presente década del noventa transformaciones en el tradicional modo de conducción y regulación de sus sistemas de salud, así como en las formas de aseguramiento de la salud a sus ciudadanos, a tenor de lo que muchos denominaron proceso de reforma del sector salud. Sin perjuicio por la agrupación que se adopte, los cambios introducidos han repercutido en la organización de los sistemas de salud, el financiamiento sectorial y la provisión de servicios de salud.²

² La OPS en 1997 identificó en su documento sobre Rectoría de los ministerios de salud para la reforma del sector, cinco funciones fundamentales de los ministerios de salud: conducción, regulación sectorial, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Otros autores como Londoño, J. L. y Frenk, J. en sus varias publicaciones sobre el modelo que denominaron *pluralismo estructurado* reconocen otra clasificación de las funciones de los sistemas de salud.

En la organización de los sistemas de salud, una transformación relevante fue la introducción de un seguro obligatorio de salud para todos los ciudadanos –caso de Colombia-. En otros países, las reformas dictaron un renovado esfuerzo para garantizar el acceso a servicios de salud para todos los ciudadanos bajo nuevos esquemas de aseguramiento públicos y privados, donde generalmente el Estado, a través de los ministerios de salud, continúa a cargo de la atención de la población no asegurada con orientación particular a los pobres, al tiempo que el sector privado incrementa su participación en la atención a las personas. Las estrategias operacionales han sido numerosas e incluyen, citando solo las más reiteradas, las siguientes: la descentralización y desconcentración institucional, que en algunos países incluyó espacios para una gestión más autónoma de los hospitales públicos; la separación de las funciones de regulación, financiamiento y provisión de servicios por instituciones, que en países como Chile, Colombia y Argentina se acompañó del surgimiento de organismos nuevos como son las superintendencias; y el incremento de la articulación interinstitucional, ejercido por los ministerios de salud como parte de su función rectora del sistema.

En materia del financiamiento sectorial, los cambios más notables tienen que ver, en primer lugar, con la preocupación por incrementar los fondos que se dedican a la salud y en ese sentido, se han implantado esquemas de recuperación de costos y cobros por servicio y se ha buscado incrementar las aportaciones a la salud por las instancias intermedias y locales de gobierno. Otra dirección ha sido mejorar la eficiencia y efectividad del gasto, particularmente el público, determinando la adopción de criterios basadas en el llamado costo-beneficio y costo-eficacia que han incluido la subrogación de servicios³, desarrollo de la compra-venta de servicios de salud directamente por los usuarios o a través de intermediarios, así como el cálculo económico de las prácticas sanitarias y clínicas para luego privilegiar aquellas de menor costo o las de mayor beneficio potencial a la salud. Las modalidades de prepago en salud han recibido un notable impulso en el continente al calor de los procesos de reforma del sector.

Modalidades de prepago en salud han recibido un notable impulso en el continente al calor de los procesos de reforma del sector.

En la provisión de servicios de servicios de salud, las reformas han señalado su inspiración fundamental en incrementar la cobertura de los servicios y la equidad del sistema de salud. De nuevo, las experiencias son muy diversas. Pese a la incompleta evidencia disponible, se ha estimado que la oferta de servicios ha aumentado a expensa del primer nivel de atención en la mayoría de los países. Otros cambios mencionados en este ámbito son interés creciente por hacer más efectiva la participación y el control social, mejorar la identificación de los grupos vulnerables y orientar hacia ellos los programas de atención, redefinición de los modelos de atención y de gestión sanitaria en un abanico grande de opciones según el país, que incluye la medicina familiar como opción privilegiada para algunos, la introducción de paquetes básicos de servicios, uso de unidades móviles, fomento de la responsabilidad individual por la salud, estrategias de municipios saludables y otras.

³ Los servicios más frecuentemente subrogados "a terceros" por los establecimientos de salud son: vigilancia, limpieza, alimentación, mantenimiento de equipos y más recientemente se han observado los de enfermería, farmacia, ciertos exámenes complementarios e incluso algunas atenciones especializadas.

Los cambios y transformaciones introducidos a tenor de los procesos de reforma del sector salud conviene tenerlos bien documentados, tanto en sus fundamentos y prácticas operacionales como en el impacto real sobre la gestión sanitaria y la salud de la población. La reforma del sector salud es de esos temas donde conviene compartir aciertos y errores entre los países, a fin que el camino andado por algunos sirva a los otros para no fabricar utopías, se inviertan mejor los escasos recursos disponibles para el desarrollo y lo que es más importante aun, que no desmonten los logros alcanzados por los actuales sistemas de salud.

Para fines de seguimiento y evaluación de la reforma del sector salud, interesa abordar dichos procesos nacionales desde dos ópticas diferentes: la primera es la descripción de la dinámica y los contenidos de la reforma, y la segunda es la medición del impacto de estos procesos en la gestión de los servicios y los niveles de salud de la población. Seguidamente abundaremos sobre la importancia y las complejidades de estos dos abordajes.

La descripción de los procesos nacionales de reforma del sector salud de cada país conviene que incluya un análisis del sistema de servicios de salud previo a las reformas, para poder entender el por qué de los cambios planeados. Aquí puede radicar la primera dificultad, ya que no pocas veces la información disponible es insuficiente o poco fiable y en otras ocasiones su recopilación carece de sistematización. Se añade que los sistemas de salud de los países son heterogéneos como lo son sus procesos de reforma, produciendo notables diferencias de conceptos y términos empleados, que requieren de aclaraciones so pena de que al compararlos se incurra en confusiones. Se desprende entonces la necesidad de contar con un conjunto de definiciones claves aceptadas por todos los países para describir el sistema de servicios de salud y consecuentemente, las reformas implantadas.⁴

Hay avances frente a las dificultades mencionas. La OPS publicó en 1998 la descripción de quince sistemas de servicios de salud de países de América Latina previo a la implementación de la reforma, a los que denominó línea basal, que será nuevamente realizado en el año 2002 y luego comparados para visualizar los cambios ocurridos a tenor de las reformas del sector. Por otra parte, han aparecido sistemas de información y redes electrónicas de intercambio enfocadas al tema de reforma del sector salud, de los citamos tres ejemplos: (1) la red de economía y financiamiento de la salud REDEFES, con sede en el Centro Interamericano de Seguridad Social CIESS en México; (2) el NAADIIR⁵, que es una iniciativa del Instituto de Salud Pública de México con apoyo de la Organización Mundial de la Salud, para agrupar a investigadores en estos temas de todos los continentes y que ha puesto a disposición por vía electrónica literatura gris sobre reforma del sector; y (3) más reciente tenemos el SINAR, que es una iniciativa lanzada por la OPS conjuntamente con la Agencia Internacional para el Desarrollo AID de Estados Unidos y otros asociados, para crear un centro de inteligencia virtual con información amplia sobre las reformas del sector en países de América Latina y el Caribe.

⁴ Referido a términos como los de equidad, cobertura, accesibilidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios de salud, que no siempre los países emplean con la misma acepción.

⁵ Núcleo de Acopio de Análisis y Difusión Internacional de Iniciativas de Reforma de los Sistemas de Salud.

La medición del impacto de las reformas sobre los sistemas de salud entraña mayores dificultades aun que la descripción de los procesos nacionales. La evaluación de los procesos de reforma se torna difícil- sino imposible- si previamente no se han esclarecido los orígenes, las motivaciones y objetivos esenciales que dieron lugar a la decisión de reformar el sistema de salud, para entonces, luego de transcurrido un tiempo lógico, evaluar si los objetivos perseguidos se consiguieron o no. Pero lo más complejo de la evaluación, a juicio nuestro, es establecer con claridad la relación entre cambios introducidos por la reforma y el desempeño de los sistemas de salud. Sabemos que la salud es un sistema sujeto a muchas externalidades y el éxito o fracaso de un proceso dirigido a modificarlo, está dictado en una cuota importante por otras intervenciones que ocurren en la economía y el desarrollo político y social del país.

No obstante, las dificultades señaladas no deben en modo alguno limitar el intento de evaluar las reformas. De nueva vuelta, en esta área también hay acumulaciones más o menos recientes que abren opciones a la evaluación. El creciente número de descripciones de los sistemas de servicios de salud y de los procesos de reformas, como la línea basal realizada por la OPS en quince países del América Latina y el Caribe; los datos recopilados por los sistemas de información de salud, aunque no siempre iguales y tampoco de similares niveles de confiabilidad entre los países, brindan información útil que no es explotada lo suficiente; y por último, la difusión de metodología y listas de indicadores de evaluación específicos para medir cambios ocasionados por las reformas, como los recomendados por McPake y Kutzin (OMS) y Knowles y Leighton (PHR) y la propia OPS.

Como se había adelantado, el seguimiento y la evaluación de los procesos de reforma del sector salud entraña la compilación de datos armonizados sobre los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector salud. Un paso posterior sería la comparación nacional e internacional de los datos armonizados, lo que juzgamos de utilidad para la formulación de adecuadas políticas nacionales, además de ayudar a despejar incógnitas y aclarar dudas sobre los contenidos, las dinámicas y los resultados de los cambios introducidos con las reformas, así como a prevenir problemas en el desarrollo de las políticas de salud.

Los principales beneficiados con la existencia de datos armonizados y eventualmente comprados sobre los sistemas de servicios de salud y las reformas del sector son, en primer lugar, los gobiernos de los países en su carácter de formuladores de políticas nacionales de salud. También los proveedores de servicios de salud y los investigadores, en la medida que resulta información sistematizada sobre gestión sectorial y una posible agenda de temas para la investigación; las instituciones de financiamiento internacional, al contar con información útil para definir sus prioridades de cooperación; y finalmente, a todos los usuarios y prestadores de los servicios de salud, que se benefician de la producción de conocimientos sobre sistemas y servicios de salud. La reforma del sector salud está dictando como pocas veces antes, la necesidad de estar informados sobre opciones para el desarrollo de la salud.

En las circunstancias relatadas, es que la OPS se ha propuesto la tarea, con el apoyo de los países del continente americano, de formular y poner en operación una metodología de seguimiento y evaluación de los procesos de reforma del sector salud.

La evaluación de los procesos de reforma se torna difícil- sino imposible- si previamente no se han esclarecido los orígenes, las motivaciones y objetivos esenciales que dieron lugar a la decisión de reformar el sistema de salud.

Dicha metodología forma parte de un esfuerzo más amplio por documentar los sistemas de salud del continente y de hecho, lo parte relativa a las reformas del sector es el capítulo 3.3 del documento Lineamientos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la región.

A modo de introducción a la metodología para el seguimiento y evaluación de las reformas del sector salud, comentamos que el seguimiento se propone realizarlo desde dos posiciones: (1) de la dinámica del proceso, referido a los distintos momentos por los que ha transitado el proceso de reforma (diseño, negociación, implantación y evaluación), así como características y relaciones de los actores involucrados; (2) de los contenidos de las reformas, interesando describir las estrategias diseñadas para el cambio y las acciones efectivamente emprendidas en el marco del proceso de reforma.

Por su parte, para la evaluación de las reformas la pauta planteada es el seguimiento de cinco principios rectores a saber, planteados en la mayor parte de los programas nacionales de reformas de los países del continente: (1) equidad; (2) efectividad y calidad; (3) eficiencia; (4) sostenibilidad; (5) participación y control social.

Tanto para la sección de seguimiento como para la de evaluación de las reformas, los puntos a tratar aparecen en los siguientes tres cuadros redactados en forma de pregunta, estimándose que así ayuda a concretar la redacción del tema. Se combina la información cuantitativa y cualitativa según los requerimientos de los temas tratados.

Figura 4
Evaluación de los recursos de las reformas del sector salud

Equidad	Efectividad y Calidad
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cobertura <ul style="list-style-type: none"> - Aumento en -1 año inmunizaciones. - Disminución de población sin acceso. ◆ Distribución del acceso <ul style="list-style-type: none"> - Gasto total en salud per capita. - Gasto público en salud. ◆ Acceso <ul style="list-style-type: none"> - Reducción del % de población rural a más de 1 hora y urbana a más de 30 min. del sitio de atención. ◆ Uso de los recursos <ul style="list-style-type: none"> - Consultas ambulatorias por mil hab. - Partos atendidos por personal entrenado. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Reproducción de brechas por unidad territorial: mortalidad infantil y maternal, recién nacidos con bajo peso, etc. ◆ Evidencia que la RS haya influido en los siguientes indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de centros de salud y hospitales con comité programa de calidad funcionando. - Porcentaje que realiza - Encuestas de opción a - Usuarios, etc.

Figura 5
Evaluación de los recursos de las reformas del sector salud

Eficiencia	Sostenibilidad financiera
<ul style="list-style-type: none"> ♦ En la asignación de recursos <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué mecanismos de asignación más eficientes se introdujeron? Influencia de la RS para reasignar recursos a promoción de salud y prevención de enfermedades. ♦ En la gestión de recursos <ul style="list-style-type: none"> - ¿La Rs ha contribuido a que los hospitales mejoren indicadores de rendimiento? etc. ¿Aumentaron los establecimientos con capacidad de cobrar a terceros pagadores? 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ ¿Hubo mejoría en la disponibilidad de información sobre gastos? ♦ ¿Aumentó la capacidad de ajustar ingresos y gastos? ♦ ¿Se incrementó la capacidad de gestión de préstamos y su sustitución por recursos nacionales cuando llegue el vencimiento?

Figura 6
Evaluación de los recursos de las reformas del sector salud

Participación social	
<ul style="list-style-type: none"> ♦ ¿Existe alguna evidencia de que la RS haya contribuido a aumentar el grado de participación y control social en los diferentes niveles y funciones del sistema de servicios de salud? Si fue así ¿en general y/o de ciertos grupos? 	

Bibliografía

Carr-Hill, Roy A.(1994) *Efficiency and equity implications of the health care reforms*. Soc. Sci. Med. Vol 39. No. 9 pp1189-1201.

Cassels, A.(1995) *Health sector reform: key issues in less developed countries*. Forum of Health Sector Reform, Discussion paper No. 1, WHO/SHS/NHP/95.4. Geneva. World Health Organization.

Cohn, Amelia.(1999) *Reforma de los sistemas de salud y sus problemas: financiamiento, privatización, cobertura, descentralización y equidad*. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Cocoyoc, Estado de Morelos, México del 2 al 6 de julio de 1997. Publicado en el libro "Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina por EDAMEX S.A. de C.V. y el Instituto de Salud Pública de México.

Granados, Ramón.(1995) *Reforma de los sistemas de salud*. Editora Rossany Auceda F. Tegucigalpa, Honduras: OPS/OMS.

Infante, Alberto. (1997) *La reforma de la atención a la salud en América Latina: El rol del Estado y los medicamentos esenciales*. En "Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas. Editorial Civitas, S.A: pag. 151-176. Madrid, España; primera edición.

Knowles, James C. and Charlotte Leighton. (1997-1999) *Measuring results of health sector reform for system performance: a handbook of indicators*. Special initiative report No. 1. Bethesda. MD: Partnerships for health reform, Abt. Associates Inc.

Laurell, Asa Cristina (1999) *La política de salud en el contexto de las políticas sociales*. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, celebrado en Cocoyoc, Estado de Morelos, México del 2 al 6 de julio de 1997. Publicado en el libro "Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina, por EDAMEX S.A. de C.V. y el Instituto de Salud Pública de México.

Londoño, Juan Luis y Frenk, (1997) Julio. *Pluralismo estructurado, hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud A.C. Mexico, D.F.; Primera edición.

López Acuña, Daniel. (1998) *Procesos de reformas del sector salud en Las Américas*. Publicado en "Memoria del 1er. seminario sobre los procesos de reforma de la seguridad social en materia de salud". Conferencia Interamericana de Seguridad Social; serie estudios No.42: pag. 33-49. México. CIESS

McPake, Barbara and Kutzin Joseph.(1997) *Methods for evaluating effects of health reforms*. Division of Analysis, Research and Assessment. World Health Organization. WHO/ARA/CC/97.3. Geneva.

Organisation for economic co-operation and development (1995) *New directions in health care policy*. Health policy studies No. 7: France: OCDE.

Organisation for economic co-operation and development.(1992) *The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries*; Health policy studies No. 2. France: OCDE.

Organización para la cooperación y el desarrollo económicos. (1998) *Reforma del sistema de salud de México*, Capítulo Especial. Estudios económicos de la OCDE. Francia..

Organización Panamericana de la Salud. (1997) *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud*. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (1998) *Lineamientos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud en los países de la región de Las Américas*. Documento preliminar. División de Sistemas y Servicios de Salud. OPS..

Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. (1996) *Reforma del sector salud: informe de la Reunión Especial*. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (1997) *La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de la reforma sectorial*. Documento CD40/13 del XL Consejo Directivo de la OPS. Washington DC: OPS;.

Organización Panamericana de la Salud. (1998) *La reforma de los sistemas de salud, en La Salud en Las Américas*. Publicación científica No. 569. Washington DC: OPS; pag. 345-357; edición .

Organización Panamericana de la Salud.(1998) *Línea basal para el seguimiento y la evaluación de las reformas del sector salud en América latina y el Caribe*. LAC/RSS: Iniciativa Reforma Sector Salud, No. 2. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (1998) *Clearinghouse on health sector reform*. LAC/RSS: Iniciativa Reforma Sector Salud, No. 4. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (1999) *Relato de la consulta internacional de expertos para el monitoreo y evaluación de la reforma del sector salud*. Washington DC: OPS; 15 y 16 de abril.

Tema 2. De la administración a la gerencia de servicios de salud

Por Carlos G. Godínez Cortés

Resumen

En este tema se analizan los diferentes aportes de las corrientes administrativas a la conducción y funcionamiento de las unidades médicas, haciéndose especial énfasis en las nuevas corrientes, entre las cuales se distingue la gerencia de servicios de salud.

En una primera parte se analiza la administración científica, la teoría clásica de la administración, la teoría de las relaciones humanas, la teoría neoclásica, la administración por objetivos, modelo burocrático, teoría estructuralista, teoría del comportamiento, teoría del desarrollo de organizaciones, teoría matemática, teoría de sistemas y el enfoque contingencial. Al final de esta parte se propone un cuadro que permita aplicar las corrientes administrativas en la conducción y funcionamiento de las unidades médicas.

Concluyendo que no existe una sola corriente administrativa que dé respuesta a todas las necesidades de los tomadores de decisiones en las unidades médicas, se discute el concepto de gerencia de servicios de salud, así como los aportes que recibe de diferentes escuelas de pensamiento como son la americana, la europea y la japonesa.

Por último se proponen los componentes que permitan hacer operable la gerencia de servicios de salud.

Tema 2. De la administración a la gerencia de servicios de salud

Por Carlos G. Godínez Cortés

Administración Científica

La administración científica, fundada por Taylor y sus seguidores, constituye el primer intento de la teoría de la administración. La preocupación por crear una ciencia de la administración comenzó con la experiencia concreta e inmediata del trabajo de los operarios y con énfasis en las tareas.

Taylor propone la organización racional del trabajo, la cual se fundamenta en el análisis del trabajo operacional, en el estudio de los tiempos y movimientos, en la fragmentación de las tareas y en la especialización del trabajador. Se buscaba la eliminación del desperdicio, de la ociosidad operaria y la reducción de los costos de producción.

La única forma de obtener la colaboración de los operarios se obtuvo apelando a los planes de incentivos salariales y de premios de producción, con base en el tiempo-patrón (eficiencia = 100%) y en la convicción de que el salario constituye la única fuente de motivación para el trabajador (hombre económico).

Entre las críticas que recibe esta corriente están:

El mecanicismo de su enfoque que le garantiza el nombre de la teoría de la máquina; la super especialización que robotiza al operario; la visión microscópica del hombre tomado aisladamente como un apéndice de la maquinaria industrial.

Sin embargo, estas limitaciones y restricciones no reducen el hecho de que la administración científica fue el primer paso en la búsqueda de una teoría administrativa. Es un paso pionero e irreversible que se puede considerar como un aporte de esta corriente para la conducción y funcionamiento de las unidades médicas. Indudablemente que el estudio de tiempos y movimientos coadyuva a la reducción de tiempos de espera en las salas de las unidades médicas, determinando a través de este tipo de metodología donde existen las rutas conflictivas que no permiten una atención más dinámica y flexible. (Godínez, 1992).

Otro aporte que hace esta corriente destacar que el incentivo económico como un incentivo único y ligado estrechamente al proceso de producción, es un riesgo para el otorgamiento de incentivos en las unidades médicas, ya que más adelante veremos que el incentivo económico es solo uno de tantos incentivos que se pueden ofrecer a los proveedores de atención.

Taylor buscaba la eliminación del desperdicio, de la ociosidad operaria y la reducción de los costos de producción.

La administración científica fue el primer paso en la búsqueda de una teoría administrativa.

Teoría Clásica

En esta corriente administrativa retoma a Taylor y se reconoce a la administración como un elemento científico y se identifican los componentes de planeación, organización, dirección, ejecución, y control.

Se sigue fortaleciendo al trabajador como parte de un sistema, pero solo tomado en cuenta como una pieza más del proceso de producción.

Se aporta el diseño y la división del trabajo, elementos fundamentales para la conducción y funcionamiento de las unidades médicas.

Teoría de las relaciones humanas

Los orígenes de la teoría de las relaciones humanas remontan algunas décadas antes de su aparición en los Estados Unidos, cuna de la democracia, del pragmatismo y de la iniciativa individual. Efectivamente, esta teoría surgió con la experiencia de Hawthorne.

Sin que lo pretendiera, la experiencia de Hawthorne marca a lo largo de cinco años, el inicio de una nueva teoría calcada en valores humanísticos en la administración, desligándose totalmente de la preocupación anterior, dirigida hacia la tarea y hacia la estructura pasando a la preocupación por las personas.

Se le da importancia a la integración social y el comportamiento social de los empleados, las necesidades psicológicas y sociales y la atención de nuevas formas de recompensas y sanciones no materiales; el estudio de los grupos informales y de la llamada organización informal; el despertar de las relaciones humanas dentro de las organizaciones; el énfasis en los aspectos emocionales y no racionales del comportamiento de las personas, y la importancia del contenido de los cargos y tareas en las personas que lo realizan y ejecutan.

Así, se hace indispensable conciliar y armonizar las dos funciones básicas de las organizaciones: la función económica (producir bienes o servicios para garantizar el equilibrio externo) y la función social (distribuir satisfacciones entre los participantes para garantizar el equilibrio interno).

Este tipo de corriente aporta a los servicios de salud el concepto de satisfacción tanto del usuario como del proveedor, donde no solo se busca la productividad y la eficiencia sino también el cumplimiento de expectativas.

En la actualidad es un reto en las unidades médicas buscar el balance entre los procesos de producción y los procesos humanos.

Se hace indispensable conciliar y armonizar las dos funciones básicas de las organizaciones: la función económica y la función social.

Teoría Neoclásica

El punto fundamental de la teoría neoclásica es definir a la administración como una técnica social básica. Esto conlleva la necesidad para el administrador de conocer, además de los aspectos técnicos y específicos de su trabajo, también los aspectos relacionados con la dirección de personas dentro de las organizaciones.

La teoría neoclásica hace énfasis en las funciones del administrador: la planeación, la organización, la dirección y el control. En su conjunto esas funciones administrativas forman el proceso administrativo.

Esta corriente influye fuertemente en la conducción y funcionamiento de las unidades médicas y también en la formación de los primeros directivos especializados en la administración de hospitales.

Administración por objetivos

La administración por objetivos surgió a partir de la década de los cincuenta en función de exigencias ambientales e internas que las organizaciones empezaron a tener.

Las características de la administración por objetivos pueden ser definidas genéricamente como: establecimiento conjunto de objetivos para cada departamento entre los directivos; interrelación de objetivos departamentales; elaboración de planes tácticos y planes operacionales, con énfasis en la medición y control; sistema continuo de evaluación, revisión y reciclaje; participación activa de la dirección y apoyo intenso de consultorías principalmente durante los primeros periodos.

La planeación estratégica es generalmente la forma de planeación global a largo plazo que orienta todo el sistema. Por lo tanto, debe ser segmentado y detallado en planes tácticos, los cuales son detallados en planes operacionales.

Modelo burocrático de la organización

La teoría de la burocracia surgió de la teoría general de la administración alrededor de la década de los años cuarenta, época en la que la teoría clásica y la teoría de las relaciones humanas luchaban entre sí por la conquista de espacio en la teoría administrativa, y entonces ya presentaban señales de obsolescencia para su época.

Max Weber es el representante del modelo burocrático, el cual ofrecía varias ventajas, entre ellas la omisión de personas que participan en las organizaciones, aunque la organización mal entendida llevaba a disfunciones que repercutían negativamente en la organización.

Weber retoma la estructura de la organización como una parte fundamental del desarrollo institucional.

La teoría clásica y la teoría de las relaciones humanas luchaban entre sí por la conquista de espacio en la teoría administrativa, y entonces ya presentaban señales de obsolescencia.

Otro de los vicios de las unidades médicas lo vemos en la influencia de esta corriente en la forma en que se organizan los servicios de salud, donde algunos de ellos han sido criticados por un excesivo burocratismo.

Teoría del comportamiento

La teoría del comportamiento marca la más profunda influencia de las ciencias del comportamiento en la administración. Para muchos representa la aplicación de la psicología en organizaciones de administración.

Esta teoría se sustenta en nuevas proposiciones acerca de la motivación humana, principalmente las contribuciones de McGregor, Maslow y Herzberg. El administrador necesita conocer los mecanismos motivacionales para poder dirigir adecuadamente a las personas.

El administrador necesita conocer los mecanismos motivacionales para poder dirigir adecuadamente a las personas.

Otro aspecto importante de la teoría del comportamiento es el proceso decisorio. Todo individuo es un agente decisor basándose en la información que recibe de su ambiente, procesándola de acuerdo con sus convicciones y asumiendo actitudes, opiniones y puntos de vista en todas las circunstancias. La organización, en este sentido, es vista como un sistema de decisiones, donde todos se comportan racionalmente apenas en relación con un conjunto de informaciones que consiguen obtener respecto de sus ambientes. Para que los participantes tomen decisiones consecuentes con las de la organización, ésta se vale de una serie de artificios para orientar las decisiones.

Teoría del desarrollo organizacional

El desarrollo organizacional nació en la década de los años sesenta en función del intenso cambio que se presenta en nuestro mundo y en función de la inadecuada adaptación de las estructuras a las nuevas circunstancias.

El desarrollo organizacional tiene su origen en la teoría del comportamiento y en los investigadores que al final de la teoría de las relaciones humanas se dedicaron a los estudios de dinámicas de grupos y modificación del comportamiento grupal. Al poco tiempo, el desarrollo de las organizaciones fue ampliando su área de actuación hasta que, al abordar la organización como un todo, asumió el enfoque sistémico. En este punto, ganó áreas de teoría administrativa.

El desarrollo organizacional presenta un concepto dinámico de organización, de cultura de organizaciones y de cambio de organizaciones dentro de supuestos bastante avanzados para la práctica administrativa actual.

Existe una variedad de modelos de desarrollo organizacional, algunos se basan en alteraciones estructurales en la organización formal. Otros, en alteraciones del comportamiento (en la cultura de las organizaciones, en las relaciones interpersonales e intergrupales, etcétera), como el desarrollo de equipos, suplemento de información adicional, análisis transaccional, reuniones de confrontación, tratamiento del conflicto intergrupar y laboratorio de sensibilidad.

Ésta es otra de las corrientes que actualmente están aportando elementos importantes a la gerencia de servicios de salud, siendo la base de las estrategias del mejoramiento continuo de la calidad en las unidades médicas.

Teoría de la cibernética y administración

Así sea una ciencia reciente, la cibernética proporcionó una profunda influencia sobre la administración, no solo en términos de conceptos y de ideas, sino también por sus productos como máquinas, computadoras, etcétera.

Algunos conceptos de la cibernética sobrepasaron sus fronteras y fueron rápidamente incorporados a la teoría administrativa: el concepto de sistema, la clasificación de sistemas, propiedades de los sistemas y la representación de sistemas a través de modelos. Igualmente otros conceptos, como entrada, salida, procesamiento, caja negra, *retroalimentación*, homeostasia e información, se utilizan hoy en el lenguaje común de la teoría administrativa. La teoría de la información proporcionó una visión más amplia de los fenómenos de la información y la comunicación dentro de las organizaciones.

Teoría matemática

La teoría matemática es relativamente reciente en el campo de la administración, su mayor área de aplicaciones en administración es en el proceso de decisiones, principalmente cuando las decisiones son relativamente programables.

La investigación de operaciones es una de las alternativas de métodos cuantitativos de enorme aplicación dentro de la administración, a través de *variadas* técnicas, como la teoría de los juegos, la teoría de las colas, la teoría de los grafos, la programación lineal, la probabilidad y bioestadística.

Teoría de sistemas

La teoría de sistemas es una consecuencia de la teoría general de sistemas desarrollada por Von Bertalanffy y que se expandió hacia *todas* las ciencias, influyendo notablemente sobre la administración.

El concepto de sistema es complejo: para su comprensión se hace necesario el conocimiento de algunas características de los sistemas: propósito, *globalismo*, entropía y homeostasia, como también de los posibles tipos y de los parámetros de los sistemas, entrada, proceso, salida, retroalimentación y ambiente.

Las organizaciones son tomadas como sistemas abiertos, pues su comportamiento es probabilístico y no determinístico; las organizaciones hacen parte de una sociedad mayor, constituidas de partes menores; existe una interdependencia entre las partes de las organizaciones; la organización necesita alcanzar una homeostasis o estado firme; las organizaciones poseen fronteras o límites más o menos definidos; tienen objetivos; se caracterizan por la morfogénesis.

Teoría de la contingencia

La teoría de la contingencia es la última novedad dentro de la teoría administrativa y marca un paso adelante de la teoría de sistemas.

Se verificó que existen muchas cosas dentro de las organizaciones que son consecuencia de lo que existe fuera de ellas, en sus ambientes. Se pasó entonces, a estudiar los ambientes y la interdependencia entre la organización y el medio ambiente. Las organizaciones escogen sus ambientes y después son condicionadas por ellos, necesitando adaptarse a éstos para poder sobrevivir y crecer.

Otra variable que condiciona la estructura y el comportamiento de las organizaciones es la tecnología utilizada por la organización. Para enfrentarse con el ambiente, la organización utiliza tecnologías que condicionarán su estructura de organizaciones y su funcionamiento.

Hasta aquí las corrientes administrativas y sus aportes a la conducción y funcionamiento de las unidades médicas.

A propósito, en el transcurso de este resumen de corrientes administrativas he dejado de comentar aportes de dichas corrientes a la conducción y funcionamiento de los servicios de salud, para que usted reflexione y anote en el siguiente cuadro los aportes de las corrientes administrativas a la conducción de servicios de salud.

Como un recapitulación de los visto hasta aquí podemos plantear lo siguiente:

Dentro de las corrientes administrativas existen diferentes aportes hacia los servicios de salud, lo importante es distinguir cuáles son los componentes que tenemos que determinar para poder aplicar dichas corrientes administrativas.

Entre los componentes que tenemos que tomar en cuenta están:

- **El tipo de organización.** Esto es básico para saber, como seleccionar los elementos de las corrientes administrativas. Se requiere entender, como organización, el tipo de nivel de atención, así como la organización de los procesos.
- **La situación.** Es otro componente que se debe tomar en cuenta para poder aplicar los elementos de las diferentes corrientes administrativas.
- **Los recursos.** También se deben considerar para la aplicación de las corrientes administrativas, sobre todo los recursos humanos en relación con los elementos que tienen que ver con las relaciones humanas.
- **Los recursos materiales y financieros.** En relación con las corrientes administrativas de Taylor y Fayol que ponderan la optimización de los recursos.

Otro componente importante son las contingencias en los servicios de salud, ya que generalmente las contingencias en los servicios de salud, parecen la norma, por lo

Para enfrentarse con el ambiente, la organización utiliza tecnologías que condicionarán su estructura de organizaciones y su funcionamiento.

que el gerente de las unidades médicas debe tomarlo en cuenta y saber aplicar los diferentes elementos de las corrientes administrativas.

El último componente que debemos desarrollar es la **capacitación y la formación permanente de los directivos**, que permite mayor capacidad de resolución para la toma de decisiones y el mejor control de los escenarios en las unidades médicas.

La conclusión a la que nos lleva esta revisión de las corrientes administrativas es que no existe una sola corriente que satisfaga las necesidades de los directivos de las unidades médicas, pero se requiere conocerlas para poder utilizarlas y potenciar la toma de decisiones de los gerentes de los servicios de salud.

Cuadro de análisis interno de las corrientes administrativas servicios de salud
(Para propósitos de su estudio, no es necesario enviarlo al CIESS)

Corriente Administrativa	Fortalezas	Debilidades
Administración científica		
Teoría clásica		
Teoría de las relaciones humanas		
Teoría neoclásica		
Administración por objetivos		
Modelo burocrático		
Teoría del comportamiento		
Teoría del desarrollo organizaciones		
Cibernética y administración		
Teoría matemática		
Teoría de sistemas		
Teoría de la contingencia		
¿Qué tipo de corriente administrativa utiliza usted para tomar decisiones en su unidad médica?		

Gerencia de los servicios de salud

Iniciaremos la segunda parte de este tema haciendo una recapitulación de las principales diferencias entre la administración y la gerencia de los servicios de salud.

Cuadro comparativo

Componente	Gerencia de Servicios de salud	Administración de servicios de salud
Orientado	A la organización	A los recursos
Objetivo	La conducción	La organización
Elementos	Estructura organizacional	Planeación
	Desarrollo organizacional	Dirección
	Desempeño organizacional	Organización
	Dirección	Ejecución
	Destrezas gerenciales	Control

En la actualidad los servicios de salud requieren de una nueva conceptualización, incluso, cada vez resulta más necesario considerar a los servicios de salud como empresas productoras de bienes o servicios. (Yepes, 1988).

Dentro de este nuevo concepto empresarial es determinante precisar, en primer lugar, un elemento tan importante como es la misión de la organización. Dado que todas las organizaciones de éxito tienen una misión, meta y objetivo perfectamente definidos la definición de la misión debe rescatar el propósito de la prestación de servicios de salud.

Así, la misión se convierte en un mapa de caminos que indica la dirección a todos los miembros de la organización, incluidos los directivos, personal de apoyo y los prestadores directos de atención al cliente.

Por ello es necesario que en la medida de lo posible la misión sea elaborada tomando en cuenta las expectativas tanto de la institución, como de los prestadores de servicio y los usuarios de las instituciones de salud.

Otro elemento que debemos considerar dentro de estos nuevos conceptos en la conducción y funcionamiento de los servicios de salud es el concepto de cliente interno y externo, considerando al cliente interno como el prestador directo del servicio, pudiendo ser el médico, la enfermera, la trabajadora social, el promotor de salud, el personal de intendencia etcétera.

El cliente externo será considerado como el usuario de las instituciones de salud, no necesariamente los enfermos, sino el consumidor de servicios (el cual puede acudir a medicina preventiva o bien ha recibir información etcétera).

La definición de la misión debe rescatar el propósito de la prestación de servicios de salud.

El cliente externo será el usuario de las instituciones de salud, no necesariamente los enfermos, sino el consumidor de servicios.

Esta nueva concepción de los actores del proceso de atención, es básica para conocer, cuales son sus expectativas y la satisfacción o no de éstas.

Existe actualmente una preocupación en los servicios de salud por conocer no solo las expectativas del cliente externo, sino también las del cliente interno, y su grado de satisfacción. (Durán, 1994).

Otro elemento que debemos distinguir claramente es el producto que se ofrece; entendiendo como producto un bien o servicio, en el caso de las unidades médicas.

Tanto la misión, como el producto y la interacción entre los clientes internos y externos en los servicios de salud deben ser conducidos y orientados por un proceso gerencial que permita el desarrollo y la óptima aplicación de los recursos para este fin.

Así, este proceso gerencial se ha de caracterizar por la conducción y organización de los recursos humanos, materiales y financieros para el logro de la misión de la institución de salud. (Esta misión debe incluir las expectativas del cliente interno y las del cliente externo). Por lo tanto, esto implica reflexionar sobre el concepto de la gerencia de servicios de salud.

La primera reflexión sobre el concepto de gerencia es que se trata de un proceso, lo que hace que sea dinámico y cambiante, por lo que es necesario tener una habilidad gerencial para percibir situaciones y contingencias.

La segunda reflexión es que la gerencia, implica conducción y organización, lo que hace que el gerente tenga un conocimiento amplio de la organización y sus procesos.

La tercera reflexión es que la conducción y organización es de recursos humanos, materiales y financieros, por lo tanto el gerente debe desarrollar habilidades en las relaciones humanas y en el manejo de insumos.

La cuarta reflexión es que el gerente de servicios de salud es generalmente un médico, que en el mejor de los casos es un brillante médico clínico, quien recibe como premio a su alto desempeño la dirección de su servicio, de su división o bien, de la unidad médica.

Lo que nos lleva a la quinta reflexión, el médico o bien el responsable de la gerencia de servicios de salud necesita ser capacitado a través de estrategias educativas creativas e innovadoras en la administración y gerencia de servicios de salud, que le permitan potencializar sus habilidades empíricas, teniendo un dominio de nuevas habilidades técnicas, humanas y sobre todo conceptuales. (Chiavenato, 1989).

Los aportes que ha recibido la gerencia de servicios de salud de las diferentes escuelas del pensamiento las podemos resumir en tres:

La escuela americana aporta los conceptos de productividad, eficiencia y economía de escala. La escuela europea aporta los conceptos de servicio al cliente. La escuela japonesa aporta los conceptos de calidad y satisfacción del usuario (Durán 1994).

Este proceso gerencial se ha de caracterizar por la conducción y organización de los recursos humanos, materiales y financieros para el logro de la misión.

Es necesario tener una habilidad gerencial para percibir situaciones y contingencias.

Aportes de las escuelas del pensamiento contemporáneo

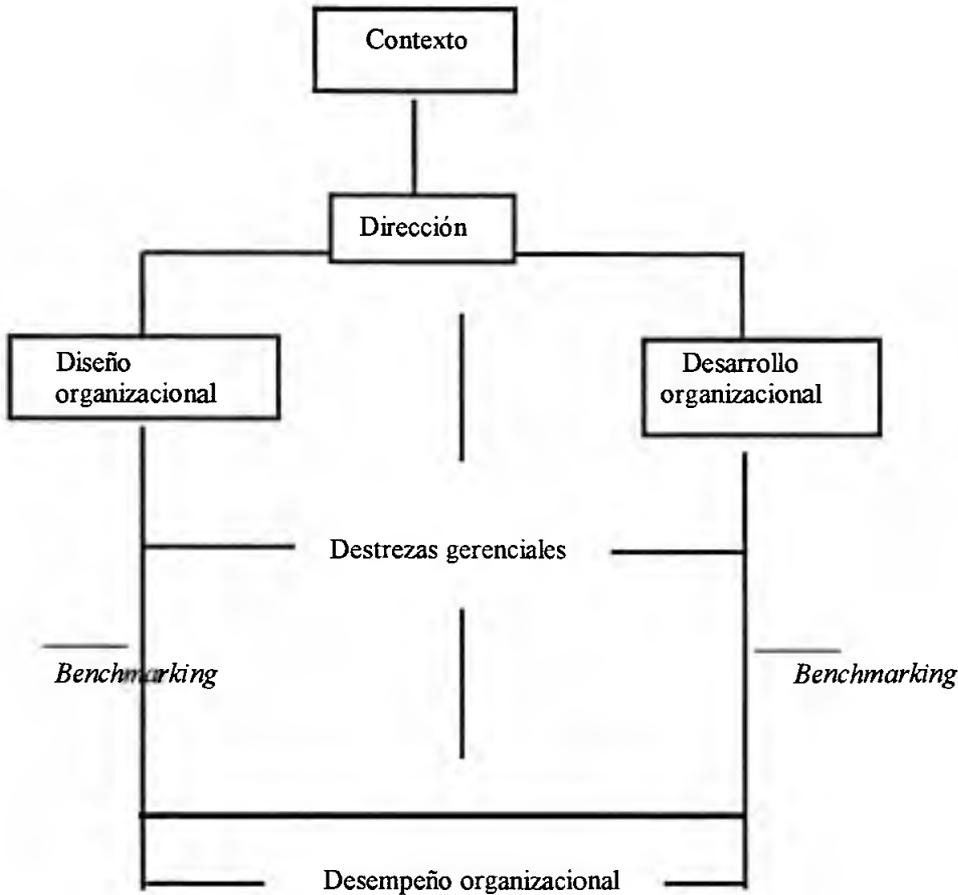
Americana	Europea	Japonesa	Latinoamericana
Productividad	Servicio al	Calidad	Conductismo
Eficiencia	cliente	Satisfacción del	Tanto para el prestador
Economía de		usuario	como para el usuario
Escala			

G E R E N C I A D E S E R V I C I O S D E S A L U D

Hasta ahora hemos analizado las diferencias entre el proceso administrativo y la gerencia de servicios de salud, así como las reflexiones que debemos hacer respecto del concepto del proceso gerencial y por último analizamos los aportes de las escuelas del pensamiento contemporáneo. Sin embargo, para poder hacer operable el proceso gerencial es necesario dividirlo por componentes que nos permitan analizar más detalladamente a los servicios de salud con la finalidad de determinar problemas y proponer alternativas de solución.

Ruelas (1993) propone el modelo de las cuatro "D" para realizar un análisis organizacional en unidades hospitalarias del país; las 4 "D" consisten en el diseño organizacional, desarrollo organizacional, desempeño organizacional, y la dirección. A lo largo de estos cinco años de estudio de las organizaciones de salud, tanto en el contexto público como privado, nosotros le hemos agregado una "D" más al modelo: que son las destrezas gerenciales. Pero al modelo le faltaba un sistema de monitoreo que permitiera analizar los problemas y proponer alternativas de solución, generándose un sistema de indicadores que pudieran ser comparables entre sí y con otras instituciones, por lo cual se le agregó al modelo un sistema de *benchmarking*.

A continuación ilustramos el modelo y cómo se integra para el análisis organizacional de los servicios de salud.



Modelo propuesto por asesores de procesos gerenciales para integrar el análisis organizacional de servicios de salud

De esta manera se integran el contexto, el diseño, el desarrollo, el desempeño organizacional y la dirección con las destrezas gerenciales. La parte medular del manual está basado en estos diferentes componentes que permitan aplicar el proceso gerencial.

Diseño organizacional

Más adelante se tratará de manera amplia este componente, pero es necesario definirlo para poder más adelante hacerlo operable.

Kandwalla (1995) define el Diseño organizacional *“como el orden más o menos permanente de la parte de un todo, es la red de órdenes y relaciones organizacionales duraderas y formalmente autorizadas”*.

Desarrollo organizacional

El Desarrollo Organizacional se define “*como el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos hacer conciencia de los objetivos de la organización en la que se desempeñan, la importancia de su propio trabajo y el de los demás para la consecución de esos objetivos, la manera en que se puede mejorar su desempeño y de la institución*” (Shortell, 1976:90).

En estas estrategias de desarrollo organizacional se deben incluir la motivación, la comunicación, el trabajo en equipo, cultura organizacional, cambio organizacional y liderazgo. (Godínez, 1996).

Desempeño organizacional

Desempeño organizacional es otro de los componentes que se utilizan dentro de los procesos gerenciales y que nos permiten contar con unidades de medida, que valoran el impacto de los servicios que ofrecen las unidades médicas.

En este componente identificamos tres variables a medir: la calidad, la eficiencia y la productividad.

Dirección

La dirección será *entendida como todas esas habilidades técnicas, empíricas, humanas y conceptuales que son necesarias par la conducción y funcionamiento de los servicios de salud*. De las cuales destacan las diferentes técnicas para la toma de decisiones, la reingeniería de procesos, el análisis DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), mapas políticos, investigación de operaciones, análisis organizacional, evaluación de servicios, análisis de problemas, etc.

Destrezas gerenciales

Será conceptuado como destrezas todas las habilidades con las que cuenta el gerente para tomar decisiones y que determinan su perfil gerencial, entre las habilidades que se necesitan revisar, están, entre otras: (Godínez, 1996).

- Manejo del poder y de la política
- Análisis transaccional.
- Comportamiento asertivo
- Manejo de los conflictos
- Creatividad
- Negociación
- Concertación

Benchmarking

Es una estrategia de gestión de la calidad que se dirige a garantizarla en tanto se oriente a proteger a los pacientes contra riesgos innecesarios y coadyuven a responder por la calidad de lo que los profesionales de la salud hacen. El benchmarking es un sistema de comparación entre indicadores cuyo propósito es identificar las prácticas que, en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a ser el mejor de entre todos los demás. (Ruelas,1995).

El benchmarking es un sistema de comparación entre indicadores cuyo propósito es identificar las prácticas que, en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a ser el mejor de entre todos los demás.

Conclusión

En este análisis sobre la gerencia de servicios de salud encontramos algunas premisas:

- La gerencia de servicios de salud va más allá del proceso administrativo.
- Se distinguen por los menos tres elementos: el gerente, el proceso gerencial y los diferentes escenarios donde actúan.
- El gerente debe ser una persona formada, fortaleciendo su componente intuitivo y desarrollando su componente analítico.
- Se requiere conocer e identificar los componentes del proceso gerencial (modelo de las 5 “D”).
- Se requiere transitar del “jefe” al “gerente” de servicios de salud.

Bibliografía

- Chiavenato I. (1989) *Introducción a la teoría general de la administración*. Mc Graw Hill.
- Durán A. (1994) *Enfoque Empresarial de los Sistemas Locales de Salud*. Salud Pública. México.
- Godínez C. (1992) *Disminución de tiempos de espera, en la consulta externa de un hospital privado de la Ciudad de México*. Conducción de Tesis para obtener el grado de Especialista en Administración de Hospitales.
- (1996) *Problemas de Desarrollo de Organizaciones a los que se enfrentan los directivos del primer nivel de atención*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Sistemas de Salud. ESPM/INSP.
- Godínez C, De León R. (1996) *Desarrollo Organizacional. Manual de Gerencia de Servicios de Salud*. Asesores de Procesos Gerenciales. México D. F.
- Godínez C, Villa B. (1996) *Modelo integral para el diplomado de desarrollo directivo*. servicios de Salud de Guerrero. Asesores de Procesos Gerenciales. México. D.F.
- Kandwalla. 1995. *El diseño organizacional*. Documento Mimeografiado. ESPM/INSP
- Ruelas E, Durán L, Godínez C, Martínez C. (1993) *La Situación actual en el campo de la calidad de la atención a la salud*. documento Mimeografiado. ESPM/INSP.
- Ruelas E. (Febrero 1995) *Confusiones y definiciones*. Editorial de la Revista Calidad de la Atención a la Salud. SOMEASA. Volúmen 2, Número 3.
- Shortell, Becker y Hauser. (1976) *The Effects of Management Practices in Hospital Efficiency and Quality of Care*. In *Organizational Research in Hospitals*. Chicago. E.U. pp. 90-112.
- Yepes F. (1988) *La nueva gerencia de servicios de salud*. Documento mimeografiado. México.

EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

PRIMERA ACTIVIDAD *(Ejercicio individual)*

De acuerdo con la información revisada en los temas de este módulo, describa los siguientes puntos:

A)

- Sistema de salud y seguridad social.
- Regulación y previsión y financiamiento de la atención a la salud.
- Estructura gerencial antes de la reforma.
- Factores determinantes y condicionantes que obligaron a reformar.
- Mecanismos de implantación, gestión, grado de avance.
- Mecanismos de evaluación.

B)

Responda las siguientes preguntas:

- 1) En un análisis general mencione qué corrientes administrativas se desarrollan en su ámbito de trabajo y por qué.
- 2) De acuerdo al tipo de institución en la que desempeña sus actividades ¿qué corrientes administrativas utilizaría para la toma de decisiones?
- 3) Explique la diferencia entre administración y gerencia de servicios de salud.
- 4) Identifique la misión de la institución a la que pertenece y en función de ella caracterice el producto que ofrece, el mercado al que presta los servicios y el propósito con que se ofrece.
- 5) Identifique cuáles son los principales aportes que retoma su institución de las escuelas de pensamiento

Extensión máxima: tres páginas

Módulo 2. Análisis

organizacional de la gerencia de la atención de la salud

INTRODUCCIÓN

La complejidad que actualmente envuelve a los sistemas de salud, hace necesario la conducción a través de sistemas de dirección más eficientes, que permitan el adecuado funcionamiento del sistema, por lo que el reto más importante, es la conformación de grupos directivos que cuenten con los elementos necesarios para asumir los retos que se presentan en los diversos escenarios de los servicios de salud, y dado que la mayoría de los servicios actuales cuentan con un perfil eminentemente clínico, es necesario aportar herramientas gerenciales que permitan un mejor desarrollo de sus actividades diarias, en la conducción de sus servicios.

En tanto los servicios de salud se han conceptualizado como organizaciones productoras de servicios, el análisis de los mismos se realiza de acuerdo con los componentes principales que la conforman, como son la estructura organizacional con la finalidad de que pueda elaborarse el diseño organizacional de acuerdo a los objetivos principales de la organización. El siguiente componente a analizar es el desarrollo organizacional que representa uno de los componentes del proceso gerencial más dinámico y de mayor complejidad de abordaje, ya que el objeto de estudio es precisamente el recurso humano y sus diferentes interacciones. Finalmente se trata el análisis del desempeño organizacional que es el componente donde podemos evaluar el impacto que tiene la organización en relación con los otros aspectos, cumpliéndose una premisa de los servicios de salud “la calidad de los servicios de salud se mide en el desempeño organizacional, pero se entiende en el diseño y en el desarrollo organizacional”.



OBJETIVO

- Analizar los factores determinantes y condicionantes en la organización y conducción de la gerencia en salud.

PALABRAS CLAVE

Benchmarking	Estructura
Comunicación	Ética
Departamentalización	Habilidades
Desarrollo organizacional	Liderazgo
Desempeño organizacional	Motivación
Destrezas	Normatividad
Diseño organizacional	Organigrama
Equipo	

TEMAS

1. Diseño organizacional.
Por Carlos G. Godínez Cortés.
2. Desarrollo organizacional.
Por Carlos G. Godínez Cortés.
3. Desempeño organizacional.
Por Carlos G. Godínez Cortés.
4. La ética del gerente de servicios de salud. Los valores y principios éticos en las actividades gerenciales en los servicios médicos.
Por Guillermo Fajardo Ortiz.

Tema 1. Diseño organizacional

Por Carlos G. Godínez Cortés

Resumen

Dado que los servicios de salud se han conceptualizado como organizaciones productoras de servicios de salud, el análisis de los mismos se realiza de acuerdo con los componentes principales; en este tema se analizan los principales aspectos que conforman la estructura organizacional, la supraestructura y la infraestructura.

Partiendo de este análisis se continúa con la clasificación de los diferentes tipos en que puede estructurarse una organización, con la finalidad de que pueda elaborarse un diseño organizacional de acuerdo con los objetivos principales de la organización.

Tema 1. Diseño organizacional

Por Carlos G. Godínez Cortés

La estructura organizacional es la forma en que se esquematiza, clasifica y asignan responsabilidades; se definen relaciones intraorganizacionales; se delimita la autoridad, controles e incentivos y se distribuye el trabajo; para lograr en el corto, mediano o largo plazo los objetivos y metas de departamento o áreas en particular y de la empresa en general.

La estructura organizacional tiene una verdadera trascendencia en cualquier tipo de organización, y es en gran medida la que respalda el desarrollo institucional, el desempeño general e incluso la actuación del directivo en su papel gerencial. La estructura organizacional es el eje conductor sobre la cual se guían todos los integrantes de la organización para realizar cotidianamente y en forma ordenada todas las actividades.

Estructura de las organizaciones

Para Khandwalla la estructura es el orden más o menos permanente de las partes de un todo. La estructura organizacional es la red de órdenes y relaciones organizacionales duraderas y formalmente autorizadas. Las relaciones duraderas entre individuos y máquinas y entre grupos de trabajo, son elementos de la estructura organizacional. Son también parte de la estructura los arreglos y órdenes permanentes acerca de quién reporta a quién, quién como participante organizacional se espera comunique a otros participantes, qué funciones debe desarrollar, y qué roles y procedimientos unen las actividades de los miembros de la organización. Son aspectos comunes de la estructura las recompensas y sanciones que influyen las relaciones entre los miembros y los mecanismos que emplea la organización para juntar o agrupar a sus miembros. Las relaciones que unen a los subordinados con sus superiores y al personal de línea con el personal de staff. (Khandwall, 1977).

La estructura cambia como producto de su constante interacción con el ambiente, el cual le obliga a adquirir determinada forma para que sea adaptable a ella, y cumple una función reguladora, fundamental en la integración y dinámica organizacional.

La función primordial de la estructura en la organización es la disposición de los componentes y la relación de las diferencias que se dan entre los actores individuales de la organización, para asegurar el cumplimiento de los objetivos, al ordenar la complementariedad de las aportaciones diversas.

La estructura organizacional es el eje conductor sobre la cual se guían todos los integrantes de la organización para realizar cotidianamente y en forma ordenada todas las actividades.

La función primordial de la estructura en la organización es la disposición de los componentes y la relación de las diferencias que se dan entre los actores individuales de la organización.

La estructura es un ordenamiento dinámico, cambiante, es un conjunto de interacciones y coordinaciones entre la tecnología, los procesos y el componente humano de la organización, para asegurarse de que ésta logre sus propósitos.

A continuación se detallan las áreas críticas en el componente de estructura y los problemas típicos que se han manifestado como los más frecuentes en la vida institucional.

1. Ubicación en la estructura organizacional

La ubicación define el lugar o posición en la estructura donde se encuentra una unidad administrativa con relación a las demás de la organización.

Los indicadores de problemas que en esta área crítica se consideran de mayor incidencia, son los siguientes:

- a) Ubicación deficiente en relación con el área de competencia y el nivel de autoridad.
- b) Inconsistencia entre ubicación y objetivo de la unidad.
- c) Ubicación y dependencia insuficientemente definidas.

2. Contenido funcional

Las funciones son un conjunto coherente de acciones o actividades necesarias para la consecución del objetivo de una unidad administrativa, y cuya asignación involucra autoridad por la administración de recursos y responsabilidad por la producción de servicios.

Este punto crítico supone la definición clara y exacta de las funciones que le corresponde ejecutar a una repartición; la coherencia entre esas funciones y el objetivo de la unidad, la factibilidad de ser realizadas razonablemente bien por el personal que labora dentro de ella y con los recursos asignados.

- a) Volumen de funciones deficientemente establecido.
- b) Funciones deficientemente definidas o conocidas.
- c) Inconsistencia entre funciones asignadas y el objetivo de la unidad.

3. Equilibrio entre niveles de autoridad

El nivel de autoridad identifica el grado de poder formal que se le asigna a una repartición en cuanto a su naturaleza (tipo), y extensión (ámbito), por medio del cual puede coordinar un conjunto de recursos a fin de lograr el cumplimiento de propósitos predeterminados. Por su naturaleza puede ser: jerárquica de línea, técnica asesora y funcional. Consecuentemente con el principio de unidad de mando, tanto la autoridad asesora como la funcional son subsidiarias de la jerárquica de línea, y en apoyo de ésta se han de asignar.

El nivel de autoridad puede ser: jerárquica de línea, técnica asesora y funcional.

Los indicadores de problemas, que en ésta área crítica se consideran de mayor incidencia, son los siguientes:

- a) Concentración de autoridad.
- b) Duplicidad de mando.
- c) Autoridad deficientemente definida.

4. Complementariedad entre áreas de competencia

Las áreas de especialidad representan la división del trabajo total en partes proporcionales y complementarias, lo cual sirve para agilizar el proceso de producción de servicios, y garantizar una mayor calidad de éstos, en virtud de los beneficios que proporciona la especialización. Las áreas de especialización se presentan tanto a nivel de cada repartición, como a nivel de la institución como un todo.

Para evaluar la complementariedad entre las áreas, se deben analizar las funciones que se ejecutan en la unidad, comparándolas con las de otras reparticiones, de manera que se detecten posibles rupturas, duplicidades o atomizaciones.

- a) Atomización de las actividades.
- b) Duplicidad de actividades.
- c) Áreas de competencia deficientemente definidas.

5. Departamentalización

La *departamentalización* resuelve la asignación de los recursos organizacionales (departamentos) para que las organizaciones o unidades puedan cumplir sus funciones. Para tal asignación, se hace necesario tener en cuenta la complejidad.

En función de estas dos condicionantes, los problemas más típicos en la *departamentalización* son los siguientes:

- a) Insuficiente desglose de unidades.
- b) Ámbito de control excesivo.
- c) *Departamentalización* deficientemente delimitada.

Analizadas las áreas críticas, se aprecia que la estructura organizacional desempeña tres funciones básicas:

- a) Permite a la organización los mecanismos para reducir la incertidumbre interna y externa. La previsión, investigación y las unidades de planeación en la organización ayudan a reducir la incertidumbre externa. Las unidades de control ayudan a reducir la incertidumbre originada por una conducta mecánica o humana fortuita dentro de la organización.
- b) Permite a la organización emprender una amplia variedad de actividades a través de

Las unidades de control ayudan a reducir la incertidumbre originada por una conducta mecánica o humana fortuita dentro de la organización.

mecanismos como la *departamentalización*, especialización, división del trabajo y delegación de autoridad.

- c) La estructura le permite a la organización mantener sus actividades coordinadas, alcanzar sus metas y mantener su enfoque en medio de la diversidad.

La estructura de la organización a pesar de que debe estar diseñada, (según las necesidades de cada empresa) para mantener en estabilidad a la organización, puede ser fácilmente afectada por los cambios internos y externos que cotidianamente envuelven a la sociedad. Dentro de los cambios externos tenemos el ambiente político, el ambiente social, el ambiente económico, los cambios tecnológicos. Dentro de los cambios internos tenemos las variables situacionales o contingenciales que diariamente enfrentan las personas dentro de la organización y el comportamiento de las propias estrategias una vez puestas en acción.

Para su mejor comprensión la estructura se divide en supra e infraestructura.

Supraestructura

Es prácticamente la *departamentalización* de la organización, la parte visible de la estructura organizacional. (Khandwall, 1977). Además, la supraestructura ayuda a ubicar físicamente a las personas dentro de la empresa, según sus funciones y el trabajo que realizan, también permite comprender la relación que guarda cada persona y departamento entre sí. La supraestructura describe la importancia estratégica de los grupos y los niveles de la administración a los que se debe de reportar.

La supraestructura describe la importancia estratégica de los grupos y los niveles de la administración a los que se debe de reportar.

Existen diversas formas para diseñar la supraestructura en las organizaciones. El diseño específico de cada supraestructura organizacional dependerá de las características, tamaño, giro y necesidades de cada organización. Sin embargo, todas las organizaciones tienden a conformar una supraestructura que les permita agrupar y coordinar el trabajo de una manera que se minimicen costos y se facilite y maximice el desarrollo del trabajo. La supraestructura se encuentra conformada por tres variables básicas que la definen mas ampliamente:

1. **Organigrama.** Presentación esquematizada de los puestos de trabajo con sus correspondientes líneas de dependencia jerárquica. El organigrama nos muestra gráficamente la *departamentalización* y la forma como están asignadas las diferentes áreas o departamentos de toda la organización; nos muestra la estructura formal y las áreas de staff, así como el nivel de dependencia entre los diferentes departamentos y los tramos de control. El organigrama es un documento sumamente importante porque ubica propiamente a la empresa y sus niveles de organización.
2. **Funciograma.** Diagrama de las distintas operaciones o funciones que se desarrollan.
3. **Departamentalización.** Agrupación de las actividades de acuerdo con una función específica.

Según autores administrativos existen tres formas de *departamentalización* o de conformar una determinada supraestructura, las cuales son:

1. **Funcional.** Todo el personal que contribuye a realizar una función específica debe ser agrupado. La coordinación entre departamentos suele ser difícil y se sugiere la existencia de comités que faciliten la operación de departamentos interfásicos con representantes de ellos. Actualmente, en sustitución de los comités o con el fin de aumentar la productividad y calidad en las empresas, muchas organizaciones han formado los círculos de calidad los cuales operan con mucha efectividad y han contribuido grandemente al desarrollo y crecimiento de sus empresas.
2. **Divisional.** Otra forma de agrupar gente en una organización consiste en incorporar a todos los especialistas que se requieren para obtener un producto o servicio. Así se crean departamentos más o menos independientes. Algunas universidades y organizaciones no lucrativas tienen esta supraestructura. Se puede confundir con la forma funcional, sin embargo, el nivel de interdependencia marca la diferencia, un gerente de nivel intermedio puede estar más o menos motivado pues tiene bajo su responsabilidad la creación de un producto o servicio al exterior, en la funcional es solo parte de una serie, puede crear duplicidad de servicios, personal y actividades. Si la función de cada área se sobrepone se darán conflictos por competir por un servicio o producto determinado.
3. **Matricial.** Múltiple membresía. Este es un principio antiguo, un individuo es miembro de dos unidades, en una es un trabajador más o menos permanente y en la segunda es temporal. Es una combinación del principio de *departamentalización* con el principio de autosuficiencia de más o menos unidades autónomas, en situaciones en que una necesidad requiere la creación de unidades temporales para satisfacer esa necesidad. La participación en un proyecto puede ser un ejemplo.

Agrupar personal de muy variadas especialidades cruzando los límites de la *departamentalización* y de ahí los conflictos interpersonales.

Infraestructura

Es la parte menos visible pero igualmente importante. La infraestructura condiciona el comportamiento de los individuos y grupos dentro de la organización. También le ayuda a entender sus funciones, su nivel de autoridad, su jerarquía y su responsabilidad en el trabajo que desempeñan.

La infraestructura ensambla las diferentes actividades en una organización y las mantiene coordinadas. La división del trabajo, funciones de especialización, la delegación de autoridad, diferencias en los procedimientos de operación en diferentes partes de la organización, etc., hacen posible la necesaria diferenciación sin la que una entidad tan compleja como lo es una organización no podría funcionar.

De la misma manera en la que el ser humano necesita de órganos coordinados como el sistema nervioso y el cerebro, las organizaciones necesitan jerarquización,

La infraestructura ensambla las diferentes actividades en una organización y las mantiene coordinadas.

mecanismos de control y coordinación, evaluación del desempeño y sistemas de información para integrar sus operaciones. Mediante los mecanismos de control y coordinación, la infraestructura reduce la incertidumbre interna en la organización.

En la medida en que las organizaciones adquieren mayor experiencia, aprenden a trabajar más eficientemente. Esto se aprecia claramente en sus estructuras, particularmente en sus procedimientos formalizados.

Los elementos de la infraestructura son:

1. El sistema de información y control de la organización (coordinación, integración, comunicación, supervisión), cuya función primaria es reducir la incertidumbre interna y externa para los tomadores de decisiones.
2. Delegación de autoridad, descentralización del trabajo, especialización, estandarización y formalización en la medida en que diferentes objetivos se cumplan eficientemente.
3. Jerarquización (liderazgo, autoridad, poder), y uso de comités para mantener las actividades coordinadas y enfocadas en los objetivos mayores de toda la organización.

Sistemas de información y control. Los tomadores de decisiones necesitan tener información acerca del medio ambiente y del estado que guarda su organización para responder más efectivamente a cambios en el ambiente. Éstos pueden hacerlo mediante un sistema de información muy sofisticado o bien muy sencillo. Es necesario que el sistema de información se adapte a las necesidades de la organización, así como a su crecimiento. Un sistema de control puede incluir control sobre la calidad, auditoría interna, evaluación de personal, establecimiento de costos de operación y análisis de variaciones de estos estándares, establecimiento de centros de costo, estudios de mercado y tecnología, investigación y desarrollo, procesamiento electrónico de datos, planeación estratégica, etcétera.

Las subvariables que integran los sistemas de información y control son las siguientes:

- **Coordinación.** Es la relación necesaria y oportuna que debe existir entre las personas que conforman un departamento, un área, o una organización en su totalidad.
- **Integración.** Es la secuencia lógica (de actividades y compromisos), que deben guardar todos y cada uno de los departamentos o áreas que forman parte de una organización.
- **Comunicación.** Se refiere al contacto verbal, escrito, o expresivo que debe existir entre los diferentes niveles y personas que forman parte de una organización.
- **Supervisión.** Es el nivel de revisión necesario para que las actividades por desarrollar no se desvíen del estándar requerido.

- **Descentralización.** Significa la delegación de la autoridad para tomar decisiones de un grupo o de un individuo. Se debe distinguir la descentralización de la toma de decisiones participativa. Puede darse el caso de que en una organización las decisiones sean participativas en la alta dirección, ya que se toma en cuenta al presidente, vicepresidentes, y junta directiva, y sin embargo, las decisiones son centralizadas, o bien, que las decisiones sean tomadas individualmente por los directivos de todos los niveles.

Se debe distinguir la descentralización de la toma de decisiones participativa.

División del trabajo y especialización. La función primordial de la división del trabajo y especialización es permitir que una gran variedad de actividades se llevan a cabo con eficiencia. La división del trabajo comprende la combinación de tareas y responsabilidades de acuerdo al rol de cada integrante dentro de la organización.

La especialización se refiere a las actividades realizadas por personal preparado y capacitado en función de los objetivos planteados. La especialización funcional es el grado en el que varían las actividades que se realizan, en más o menos tiempo por un individuo o grupo con una sola función y no otra.

La especialización funcional es el grado en el que varían las actividades que se realizan, en más o menos tiempo por un individuo o grupo con una sola función y no otra.

La especialización del rol es la forma en que se desarrollan roles especializados dentro de actividades consideradas en la especialización funcional.

Normatividad. Se divide en dos subvariables que comprenden lo siguiente:

- La estandarización es la medida en la cual varias actividades organizacionales son sujetas a procedimientos estándares y a reglas. De esta forma se puede medir la profundidad en la rutinización de una organización.
- La formalización es la manera en la cual los procedimientos, reglas, instrumentos y comunicaciones se formalizan, se escriben.

Jerarquización. La jerarquización es un mecanismo de coordinación de los subordinados para mantenerlos enfocados a los objetivos de la organización. Es un mecanismo para resolver disputas y establecer objetivos particulares, así como también es una forma especial de división del trabajo.

En consecuencia, podemos observar que la estructura organizacional está compuesta por diferentes elementos y afectada por diversos factores. La estructura organizacional, específicamente en los servicios de salud, debe atender por lo tanto, las variables propias de esos servicios y tratar cautelosamente los elementos que intervienen en dicha estructura.

Si deseamos conocer la estructura organizacional actual en los servicios de salud, debemos primeramente formarnos una impresión sobre su funcionamiento y realizar una investigación y evaluación en estos servicios: Conocer cómo se encuentra distribuido e integrado el servicio en los centros de salud; a quién reportan directamente; cuál es el nivel de autoridad y responsabilidad; cuáles son sus fuentes de información directas e indirectas; cómo es el comportamiento del ambiente;

cómo está conformada su tecnología, sus tramos de control, si cuentan con un departamento de apoyo; a través de qué se mide su desempeño; cuáles son sus medios de recompensas y sanciones; qué tanta autoridad tienen para la toma de decisiones; el nivel de estandarización y especialización que mantienen estos servicios, entre otros.

Todos estos elementos descritos de la supra e infraestructura pueden servirnos como herramientas primarias para evaluar la estructura organizacional actual en los servicios de salud para que, en el caso de encontrar deficiencias, se tengan instrumentos que nos permitan modificar, planear o proponer una estructura organizacional de mayor concordancia con lo que se necesita y con lo que los propios usuarios esperan del servicio.

La estructura actual de los servicios de salud es la fuente básica que nos puede brindar la información para evaluar la estructura organizacional en estos servicios. Conocer su estructura, (supraestructura e infraestructura), es conocer un poco más a fondo el servicio en sí, por que la estructura es la reproducción de su funcionamiento y de sus bases formales de actuación.

Sin embargo, la estructura organizacional además de los elementos mencionados, cuenta con muchos más elementos de análisis que la hacen más comprensible y además dan pauta a otros estudios propios de la misma estructura, en cualquier organización, específicamente en las organizaciones dedicadas a los servicios de salud. Describiremos a continuación algunos de estos elementos y sus respectivas clasificaciones:

Clasificación de las estructuras de la organización

1. Estructura mecanicista y orgánica

La estructura global de una organización generalmente cae en uno de dos diseños. Uno es la estructura mecanicista; se caracteriza ésta por su gran complejidad y escasa participación de los miembros de bajo nivel en la toma de decisiones. En el otro extremo se encuentra la estructura orgánica; tiene poca complejidad y formalización, posee una amplia red de información, y supone una fuerte participación en la toma de decisiones.

La estructura mecanicista se caracteriza por su gran complejidad y escasa participación de los miembros de bajo nivel en la toma de decisiones.

La dicotomía mecanicista-orgánica es una designación útil para hacer generalizaciones sobre las estructuras de la organización. En realidad, el mundo de las organizaciones no está definido con tanta nitidez. Con todo, podemos introducir dos formas estructurales específicas que contienen los ingredientes especiales de ambos tipos de diseño.

2. Estructura simple

La generalidad de las organizaciones pequeñas, o de las que apenas empiezan, utilizan la estructura simple. Las estructuras simples se caracterizan principalmente por lo que no son, no por lo que son. No son complejas, tienen poca formalización, y la autorización está centralizada en una sola persona.

3. Estructura funcional

La característica distintiva de esta estructura consiste en que se agrupan las especialidades ocupacionales semejantes y afines. Actividades como contabilidad, personal, investigación de mercados, etc., se agrupan bajo un jefe funcional que reporta a las oficinas centrales.

4. Estructura por producto

Además de organizar por función, es posible estructurar una organización a partir de las líneas de productos o servicios. La principal ventaja de esta modalidad es la responsabilidad. Ya que el gerente es responsable de todas las facetas que rodean el producto servicio. Desde luego, las desventajas son la necesidad de coordinar las actividades entre las estructuras del productor y la duplicación de funciones dentro de las diversas estructuras.

5. Estructura matricial

Una de las últimas innovaciones en el diseño de la organización la constituye la estructura matricial. En esencia, la matriz combina las estructuras funcionales y de producto. En teoría, procura aprovechar las ventajas de ambas y evitar sus deficiencias. La ventaja de ella consiste en agrupar a los especialistas en materias afines, con lo cual se reduce al mínimo el número necesario y se logra reunir y compartir los recursos especializados en los diversos productos. La desventaja fundamental es la dificultad de coordinar las tareas de los especialistas funcionales, de modo que sus actividades se cumplan en los plazos establecidos y no rebasen el presupuesto.

La matriz combina las estructuras funcionales y de producto.

Factores que hacen diferir a las estructuras

- **Tamaño de la organización.** Cuanto mayor sea el tamaño de la organización, en lo referente a la cantidad de personal empleado, más probabilidad habrá de que se utilice la estructura mecanicista. La creación de reglas y normas pormenorizadas no tiene sentido si no hay mucha gente a la cual coordinar.
- **Tecnología.** Las pruebas demuestran que las tecnologías rutinarias coexisten con las estructuras mecanicistas, en tanto que las estructuras orgánicas son las más idóneas para afrontar las incertidumbres propias de las tecnologías no rutinarias. Pero no hemos de suponer que la tecnología afecte por igual a todas las partes de una organización.

Las tecnologías rutinarias coexisten con las estructuras mecanicistas.

Cuanto más cercanos estén un departamento o unidad al centro de operaciones, más fuerte será la repercusión de la tecnología y por lo tanto, más influirá la tecnología en la definición de la estructura.

- **Ambiente.** El hecho de que el ambiente sea un determinante central en la estructura de la organización dependerá del grado de subordinación de ella al primero.

En los servicios de salud, es sumamente importante considerar al ambiente externo (político, jurídico, económico, social y cultural), porque influye de manera directa en la prestación y funcionamiento de estos servicios. Así, el sector salud está sujeto a la variabilidad del ambiente externo y por lo tanto tiene que estar en constante interacción con él para superar los posibles desequilibrios que éste pudiera causar en momentos de cambios.

A su vez, el ambiente interno que prevalece en los servicios de salud, también tiene que ser tomado en cuenta, porque afecta el comportamiento de todos los elementos interactuantes en estos servicios.

Elementos estructurales básicos y su relación con el comportamiento organizacional

La relación entre estructura organizacional y el desempeño y satisfacción en el trabajo es muy estrecha, tanto que la investigación dedicada a la relación entre estructura y desempeño ha sido descrita como una de las más arduas y ambiguas en el campo de la administración y del comportamiento organizacional. Los elementos estructurales que se examinan son los siguientes.

1. Tamaño de la organización

Si observamos la organización en su conjunto, cada día contamos con más evidencias de que la satisfacción en el trabajo tiende a mermar con el tamaño. Se trata de algo intuitivamente lógico ya que al aumentar el tamaño, disminuyen las oportunidades de que el individuo participe en la toma de decisiones; lo mismo sucede con la proximidad e identificación de las metas de la organización, así como con la claridad entre la actividad individual y un resultado perceptible. El aumento de tamaño también parece favorecer un mayor ausentismo, aunque no siempre una rotación de personal más elevada. El tamaño menor ofrece menos oportunidad al empleado de identificarse con su organización, pero se sabe que las más grandes pagan mejores sueldos. El resultado es que los individuos no abandonan las grandes empresas, pero propenden a faltar más a menudo al trabajo. Es interesante señalar que los hallazgos anteriores se moderan por el grado de descentralización. Tienden a aminorar el influjo negativo si el aumento del tamaño se acompaña de una mayor delegación de autoridad.

La atención prestada al influjo que el tamaño tiene en el desempeño y las actitudes no se han centrado exclusivamente en el nivel de la organización total. También se ha centrado en el tamaño de la subunidad, es decir sea en el de las unidades de trabajo intraorganizacionales. Al parecer existe una neta relación positiva entre el tamaño de la subunidad y tanto el ausentismo y la rotación de personal. Ello contrasta con el tamaño total de la organización que, como dijimos antes, tiende a relacionarse con el ausentismo solamente. Respecto de la satisfacción en el trabajo, por lo visto no existe una relación sistemática y constante atribuible al tamaño de la subunidad.

2. Nivel organizacional

En cuanto a las variables estructurales, las características más investigadas son el nivel dentro de la jerarquía organizacional. Aunque la evidencia dista mucho de ser concluyente, los datos señalan que conforme ascendemos por la jerarquía, encontramos generalmente mayor número de empleados satisfechos. Aunque no podemos afirmar la casualidad, es poco probable que los empleados satisfechos obtengan más promociones que los descontentos. Es mucho más lógico concluir que al subir por la jerarquía de la organización, premios como la remuneración, la autoridad formal, los privilegios del estatus aumentan y, con ellos, también la satisfacción en el trabajo.

3. Tramo de control

Esta designación indica el número de subordinados que reportan directamente a un gerente. Una reseña de las investigaciones revela que probablemente podamos afirmar que no se dispone de pruebas que apoyen la existencia de un nexo entre el tramo de control y el desempeño. Si bien resulta atractivo afirmar que los grandes tramos pueden favorecer un alto rendimiento porque en tales casos la supervisión es menos estrecha y, por tanto, hay más oportunidad de iniciativa personal, la investigación no ha conseguido corroborar tal suposición. Por ahora es imposible sostener que cualquier tipo de tramo de control es mejor para producir un desempeño más adecuado o una satisfacción más completa entre los subordinados. A lo sumo podemos decir que hay alguna evidencia, aunque ligera, de que la satisfacción de un gerente con su trabajo aumenta al crecer la cantidad de subordinados a quienes supervisa.

No se dispone de pruebas que apoyen la existencia de un nexo entre el tramo de control y el desempeño.

4. Diferenciación horizontal

No se han realizado muchos estudios que hayan examinado la relación existente entre diferenciación horizontal y desempeño. En su mayor parte los datos revelan que hay una relación positiva (es decir, a una mayor especialización corresponde un desempeño más satisfactorio), pero como las medidas del desempeño tienden a ser discutibles y en varios estudios no se descubrió nexo alguno. Una conclusión realista es que la relación entre la diferenciación horizontal y el desempeño no ha sido demostrado de manera definitiva.

5. Diferenciación vertical

¿Hay diferencias significativas, respecto del desempeño y satisfacción, en las organizaciones piramidales (las que tienen muchos niveles verticales), y las organizaciones planas? Los hallazgos sobre la dimensión del desempeño son variables. En las reseñas de las investigaciones se mencionan relaciones positivas y negativas por igual, lo cual dificulta hacer generalizaciones. En la dimensión de la satisfacción, parece que es importante la diferenciación vertical. Los gerentes de alto nivel en las organizaciones piramidales y los de bajo nivel en las organizaciones planas sienten mayor satisfacción que los de bajo nivel en las organizaciones piramidales y los de alto nivel en las organizaciones planas.

6. Centralización

La evidencia apoya la conclusión que la centralización guarda relación negativa con el desempeño. Pese a que esos estudios se hicieron con personal profesional y de nivel gerencial, la evidencia no deja de ser congruente.

Se dispone de pocos datos que demuestren que, en un gran segmento de la fuerza de trabajo, la descentralización provoque menos enajenación en el trabajo, menos insatisfacción con él, mayor satisfacción con la supervisión y una comunicación más frecuente entre compañeros de trabajo que ocupan el mismo nivel en la organización. Sin embargo, la centralización y la satisfacción tienen al parecer una relación inversa. Esta conclusión se moderará por las diferencias individuales y por el tipo de tareas que ejecutan los empleados. (Robbins, 1987).

Perspectivas

A partir de lo analizado hasta ahora, es posible plantear la necesidad de atender aspectos como los siguientes:

Recalcar la importancia que tiene la estructura organizacional para lograr la calidad y eficiencia en la atención y en el servicio de los centros y hospitales.

Desarrollar programas de capacitación en servicios, a nivel directivo, administrativo, y médico en los centros y servicios de salud, que conduzcan a fortalecer el buen funcionamiento y organización de los mismos.

Desarrollar cursos de administración y gerencia en los centros y hospitales de salud, que favorezcan la práctica de una estructura organizacional eficiente y adecuada.

Elaborar modelos de aplicación que guíen la conformación de estructuras organizacionales acordes a las necesidades actuales del sector salud.

La administración, organización, y funcionamiento de los centros y servicios de salud, tienen forzosamente que ser atendidos en el proceso de reforma de los servicios de salud, puesto que representan elementos muy importantes que dan base a la eficiencia y calidad que los mismos servicios prestan.

Es muy importante contar con una estructura organizacional adecuada en los centros y servicios del sector salud, porque solo a través de una organización y personal preparado se podrá eficientar la oferta de servicios de salud que la sociedad exige.

Por lo tanto, la capacitación y reorganización práctica en toda la estructura de los servicios de salud representa una necesidad que no debe postergarse si se pretende realmente un avance y desarrollo en el sector salud.

El siguiente cuadro le será útil como guía para analizar las variables de la estructura organizacional.

Figura 1
Cédula de análisis sobre las variables de la estructura organizacional

Componente	Variable	Subvariable	Indicador	Parámetro
Estructura organizacional	Superestructura	Organigrama	Esquematación de autoridad y responsabilidad	Que exista y sea vigente
		Insumo	Relación de actividades	Que funcione adecuadamente
		Departamentalización	Agrupación de actividades	Que se respetan las agrupaciones
		Sistemas de información	Que existan fuentes de información	Veraz y oportunos
		Control	Supervisión de la estructura y el proceso	Que se cumpla eficientemente
		Descentralización	Delegación de autoridad y responsabilidad	Que se respete la delegación
		Div. del trabajo	Grado de especialización	Que se lleve a cabo
	Infraestructura	Normatividad	<i>Estandarización y formación de actividades</i>	Aplicación de normas y reglas
		Jerarquía	Liderazgo y poder en la estructura	Que sea legal personal o carismático
		Coordinación	Secuencia en las actividades	Relación y coherencia en el trabajo
		Integración	Equipos de trabajo	Compromiso de trabajo
		Comunicación	Clara y oportuna	Trasmisión de información

Bibliografía

Khandwall P. (1977) *La estructura de las organizaciones*. En: El Desarrollo de las Organizaciones. México.

Marín M. *Teoría y técnicas de desarrollo organizacional* OPS-OMS-PNUD.

Hampton R. D. (1989) *Administración*, México, Mc Graw-Hill.

Stoner F A. James, Winkel, Charles.(1989) *Administración*, México, Prentice-Hall.

Terry & Franklin. (1986) *Principios de administración*. México, Cecsá.

Robbins. (1987) *Comportamiento organizacional*, México, Prentice Hall.

Tema 2. Desarrollo organizacional

Por Carlos G. Godínez Cortés

Resumen

Un elemento básico para complementar un análisis organizacional es el desarrollo organizacional, el cual está conformado por el liderazgo, motivación, comunicación y trabajo en equipo.

En este tema se podrá contar con los elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales para realizar un análisis organizacional, y se cuenta con la parte tal vez más dinámica de la organización. Estos son aspectos importantes para que el gerente de servicios de salud enfrente diversas contingencias.

Asimismo, se hace hincapié en el reto que representa el trabajo en equipo.

Tema 2. Desarrollo organizacional

Por Carlos G. Godínez Cortés

El desarrollo organizacional representa uno de los componentes del proceso gerencial más dinámico y de mayor complejidad de abordaje, ya que el objeto del estudio es precisamente el recurso humano y sus diferentes interacciones. Los elementos que se revisarán del desarrollo organizacional son: el liderazgo, la motivación, la comunicación y el trabajo en equipo.

Leatt (1988) define al desarrollo organizacional como el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos hacer conciencia explícita de los objetivos de la organización en la que se desempeñan, de la importancia de su propio trabajo y del de los demás para la consecución de esos objetivos, de la manera que puedan mejorar su desempeño y el de los demás, y del desarrollo de liderazgo de la organización.

Se puede definir también como un esfuerzo planeado, a todo lo ancho de la organización, manejado desde el alto nivel para incrementar la salud y la efectividad organizacional a través de intervenciones planeadas usando conocimientos de las ciencias de la conducta. (Ruelas et al, 1993).

Bennis (1969) define al desarrollo organizacional como una respuesta al cambio, una compleja estrategia que pretende cambiar creencias, actitudes, valores y estructura de las organizaciones, de tal manera que puedan adaptarse mejor a las nuevas tecnologías, los mercados y los varios retos incluyendo el mismo cambio vertiginoso.

Ferrer (1993:15) menciona que el desarrollo organizacional es la aplicación creativa de largo alcance de un sistema de valores, técnicas y procesos, administrado desde la alta gerencia y basado en las ciencias del comportamiento, para lograr mayor efectividad y salud de las organizaciones mediante un cambio planificado, según las exigencias del ambiente externo y/o interno que las condiciona.

La definición ampliada de Beckhard menciona que el desarrollo organizacional es un esfuerzo (1) planificado, (2) de toda la organización y (3) administrado desde la alta gerencia para (4) aumentar la efectividad y bienestar de la organización por medio de (5) intervenciones planificadas en los “procesos” de la entidad, las cuales aplican los conocimientos de las ciencias del comportamiento.

1. **Es un empeño de cambio planeado.** Un programa de desarrollo organizacional implica un diagnóstico sistemático de la organización, el desarrollo de un plan estratégico para el mejoramiento y la movilización de recursos para llevar a cabo dicho esfuerzo.

2. **Que compromete al “sistema” integral.** Un esfuerzo de desarrollo organizacional está relacionado con un cambio total de la entidad tal como una modificación en la cultura, o en los sistemas de remuneraciones, o en la estrategia gerencial total.

Un esfuerzo de desarrollo organizacional está relacionado con un cambio total de la entidad

Puede haber esfuerzos de tácticas que trabajen con subpartes de la organización pero el sistema que se ha de transformar en una organización completa y relativamente autónoma, no es necesariamente toda una empresa o un gobierno entero, sino que se refiere a un sistema que sea relativamente libre para determinar sus propios planes y futuro dentro de limitaciones muy generales del ambiente.

3. **Administrado desde la alta gerencia.** En un esfuerzo de desarrollo organizacional la alta gerencia del sistema tiene una investidura personal en el programa y sus resultados.

La alta gerencia participa activamente en la administración del esfuerzo. Esto no quiere decir que no deba participar en las mismas actividades de los otros, sino que debe tener conocimiento y compenetración con los objetivos del programa y debe apoyar activamente los métodos utilizados para lograr los objetivos.

4. **Ideado para aumentar la efectividad y bienestar de la organización.** Para entender los objetivos del desarrollo organizacional es necesario tener una imagen de cómo sería una organización “ideal” efectiva y sana, cuáles serían sus características. Muchos escritores y profesionales de este campo han propuesto definiciones, las cuales, aunque difieren en detalles, indican un fuerte consenso de lo que es una sana organización en la operación.

5. **El desarrollo organizacional logra sus objetivos por medio de: intervenciones planeadas que aplican los conocimientos de las ciencias del comportamiento.**

Para Fordyce el desarrollo organizacional se puede considerar desde dos aspectos:

- Como una manera de manejar el cambio.
- Como una manera de enfocar la energía humana hacia resultados específicos deseados.

Por lo que cualquier organización debe dar oportunidades de crecimiento a sus colaboradores. (Foydyce-Weil, 1994). Davis menciona que el desarrollo organizacional, consiste en una estrategia de intervención que utiliza el proceso del grupo para modificar la cultura de la organización, con el objeto de hacer que ocurra el cambio planeado. Se propone cambiar creencias, actitudes, valores, estrategias y prácticas para que la organización pueda adaptarse mejor a su tecnología y al rápido ritmo de crecimiento. (Davis, 1993:353).

Considero que la definición más completa es la que brinda Beckhard ya que involucra a la estructura de la organización, al directivo y a los procesos.

El desarrollo organizacional está conformado por diferentes elementos que permiten aplicarlo para su estudio, dichos elementos son: liderazgo, motivación, comunicación, y trabajo en equipo.

Liderazgo

Existen múltiples definiciones de liderazgo, entre las que se encuentra la mencionada por la OPS que dice que un líder es aquel individuo que tiene la capacidad de conducir, orientar, dirigir; no es una cualidad de fácil adquisición, se logra a través del estudio constante de la teoría, la observación y la práctica. (OPS, 1992).

Para Davis el liderazgo es el proceso de motivar y ayudar a los demás a trabajar con entusiasmo para alcanzar los objetivos planteados. Es el factor humano que ayuda a un grupo a identificar hacia dónde se dirige y luego lo motiva a alcanzar sus metas. (Davis, 1993, 234,-235).

Katz (1983) considera que la esencia del liderazgo organizacional está en aumentar la influencia por arriba del nivel de obediencia mecánica a las órdenes rutinarias venidas de la organización.

En estas tres definiciones de liderazgo las palabras clave que encontramos tienen que ver con la capacidad de influenciar y de conducir para el logro de los objetivos de las instituciones.

Para analizar las características del líder es importante tomar en cuenta por lo menos tres enfoques básicos; el primero que tiene que ver con los rasgos universales de personalidad que tienen los líderes en mayor grado que el resto de la población; el segundo busca explicar el liderazgo a partir del comportamiento del individuo, y el último retoma en cuenta las contingencias para determinar las características del líder.

Las palabras clave tienen que ver con la capacidad de influenciar y de conducir para el logro de los objetivos de las instituciones.

Teoría de rasgos

Si quisiéramos describir a un líder basándonos en las connotaciones generales que aparecen en los medios de comunicación modernos, podríamos enumerar cualidades como inteligencia, carisma, determinación, entusiasmo, fuerza, valor, integridad, seguridad en sí mismo y otras, llegando a la conclusión de que los líderes deben ser personas muy especiales. La búsqueda de características como las mencionadas aquí, las cuales distinguen al líder del resto de la población, fue el trabajo principal de los primeros psicólogos que estudiaron el liderazgo.

¿Es posible aislar una o más características sociales, físicas, intelectuales o de personalidad en personas a quienes generalmente se reconoce como líderes (Napoleón, Hitler, Lincoln, Juana de Arco, César Chávez, Jorge Campos, Martín Luther King Jr, John F. Kennedy, Mahatma Gandhi)? Quizás aceptamos que todos ellos corresponden a nuestra definición de líder, pero son personas con características diametralmente opuestas. Si el concepto de rasgos fuera válido, habría que encontrar características específicas que tuvieran todos los líderes.

Los intentos de aislar esos rasgos en los trabajos de investigación han conducido a callejones sin salida. Por ejemplo, en una reseña de 20 estudios diferentes se descubrieron casi 80 rasgos propios del líder, pero solo cinco de ellos eran comunes a cuatro o más de las investigaciones. (Geier, 1967:316).

La investigación sin duda fue un fracaso si pretendía identificar una serie de rasgos que siempre distinguirán al líder de los seguidores y a los buenos líderes de los líderes ineficientes. Pero si la investigación pretendía descubrir los rasgos que se asociaban constantemente con el liderazgo, los resultados pueden interpretarse bajo una luz más impresionante: por ejemplo, la inteligencia, el dominio, seguridad en sí mismo, un gran dinamismo y los conocimientos conexos con determinadas tareas son cinco rasgos que muestran correlaciones positivas significando predictores definitivos (Becker 1982).

Teoría conductual

La imposibilidad de dar con la solución en la teoría de los rasgos impulsó a los investigadores a estudiar las conductas propias de algunos líderes. Se preguntaron si tenía algo especial la forma en que un buen líder se conduce: por ejemplo, ¿tiende a ser más democrático que autocrático?

Se esperaba que no solo la teoría conductual aportara respuestas más definitivas sobre la naturaleza del liderazgo, sino que, de tener éxito, sus consecuencias prácticas serían muy distintas a la de los rasgos. Si la investigación de los rasgos había acertado en sus conclusiones, entonces tendríamos un criterio para seleccionar a la persona idónea que asumiera posiciones formales en los grupos y en las organizaciones donde se requiere liderazgo.

En cambio, si los estudios de la conducta lograban detectar los determinantes conductuales decisivos del liderazgo, podríamos entrenar a las personas para que se convirtieran en líderes. La diferencia entre la teoría de rasgos y la conductual, en cuanto a su aplicación, reside en suposiciones.

En caso de ser válida la teoría de los rasgos, ello significa que los líderes son básicamente innatos: o se tiene ese don o no. Por otra parte, si el líder posee comportamientos específicos, es posible enseñar el liderazgo (podemos diseñar programas que inculquen esos patrones de conducta en quienes desean ser líderes eficientes). Ello constituye una posibilidad más interesante pues significa que podemos ampliar el número de líderes. Si el entrenamiento da resultado, nunca habrá escasez de líderes.

Ha habido varios estudios que examinan los estilos de conducta. Reseño brevemente los dos más conocidos: el grupo de la Ohio State University y el grupo de la University of Michigan. Después analizaré cómo los conceptos derivados de ellos pueden utilizarse para analizar y evaluar estilos de liderazgo.

Los estudios del grupo Ohio State University

La más general y reproducida de las teorías conductuales es resultado de la investigación comenzada en la Ohio State University a fines de la década de los cuarenta. (Stogdill y Conos, 1974). En estos estudios se trató de identificar las dimensiones independientes del comportamiento del líder. Comenzando con más de mil dimensiones,

la lista fue estrechándose gradualmente hasta llegar a dos categorías que explicaban la mayor parte de la conducta de liderazgo descrita por los subordinados. A esas dos dimensiones las llamaron iniciación de estructura y consideración.

La iniciación de estructura denota la medida en que el líder tiende a definir y estructurar su rol y los de los subordinados en la obtención de las metas. Incluye la conducta tendiente a organizar el trabajo, las relaciones de trabajo y las metas. El líder caracterizado como alto en esta variable puede describirse por aspectos como el hecho de que asigna determinadas tareas a los miembros del grupo, espera que mantengan niveles bien definidos de desempeño, e insiste en cumplir con los plazos.

La consideración es el grado en que una persona suele tener relaciones laborales que se caracterizan por confianza mutua, respeto por las ideas de los subordinados y aprecio por sus sentimientos. Muestra interés por el bienestar de sus seguidores, por su comodidad, su estatus y satisfacción. Un líder con alta puntuación en esta variable será descrito como una persona que ayuda a los subordinados en sus problemas personales, que es amistoso y accesible, y que trata igual a todos los subordinados.

Muchas investigaciones basadas en las definiciones anteriores, comprobaron que los líderes con una alta puntuación en iniciación de estructura y en consideración tendían a lograr un alto rendimiento y satisfacción entre sus subordinados con mayor frecuencia que los que tenían una baja calificación en alguna de las dos variables o en ambas. Sin embargo este estilo no siempre producía consecuencias positivas: por ejemplo, el comportamiento del líder de este tipo daba origen a una tasa más alta de quejas, ausentismo, rotación de personal y a niveles menores de satisfacción en el trabajo para los empleados que realizaban tareas rutinarias. En otros estudios se observó que una gran consideración guardaba relación negativa con la clasificación de desempeño de líder hechas por su superior. En conclusión, los estudios de la Ohio State University revelan que el estilo basado en una gran consideración e inicio de estructura produce resultados positivos, pero hubo bastantes excepciones que indican que los factores situacionales deben ser integrados a la teoría.

Estudios de la University of Michigan

Los estudios sobre liderazgo emprendidos en el centro de Investigación de la University of Michigan, más o menos por la misma época que los que realizaban en Ohio State University, perseguían objetivos similares: identificar las características conductuales de los líderes que parecían estar relacionadas con las medidas de la eficacia del desempeño.

El grupo de Michigan también encontró dos dimensiones de la conducta de liderazgo que dominaron orientada al empleado y orientada a la producción (Kahn y Katz, 1960). Los líderes que tenían la primera daban mayor importancia a las relaciones interpersonales mostraban interés por las necesidades de sus subordinados y aceptaban la existencia de diferencias individuales entre estos últimos. Los que tenían la segunda dimensión, en cambio, tendían a dar prioridad a los aspectos técnicos o de tareas de su trabajo: su interés se centraba en efectuar las tareas del grupo y veían en los miembros un medio para alcanzar esos fines.

La conclusión a que llegaron los investigadores de la University of Michigan favorece mucho a los líderes cuyo comportamiento estaba orientado al empleado. Se observa en ellos mayor productividad y satisfacción en el trabajo.

Resumen de las teorías conductuales

He expuesto las tentativas más conocidas e importantes por explicar el liderazgo a partir del comportamiento exhibido por el líder (Lewin y Lipitt, 1970). Hubo otras investigaciones; sólo que afrontaron el mismo problema que los resultados logrados en la Ohio State University y en la Michigan University. Tuvieron poco éxito en el descubrimiento de relaciones constantes entre los patrones de la conducta de liderazgo y el desempeño del grupo. No es posible hacer afirmaciones generales, puesto que los resultados muestran enorme variación según las circunstancias. Lo que faltó fue tener en cuenta los factores situacionales que influyen en el éxito o en el fracaso: por ejemplo, parece poco probable que Martín Luther King Jr. hubiera sido un líder a fines del siglo, pero sí lo fue en las décadas de los cincuenta y sesenta.

¿Habría Ralph Nader encabezado un grupo de activistas en favor del consumidor si en vez de nacer en 1934 hubiera nacido en 1834, y no en Connecticut sino en Costa Rica? Parece poco probable, y sin embargo las teorías conductuales que acabamos de describir no aclaran tales factores situacionales.

Motivación

En el estudio del comportamiento individual, seguramente no hay otro concepto que haya sido objeto de tantos estudios como la motivación. Un vistazo a cualquier tipo de empresa revela de inmediato que algunos trabajan más que otros. Aquel que reúne excelentes cualidades quizá sea superado por otro con talentos muy inferiores. ¿Por qué la gente pone empeño diferente en las actividades?, ¿Por qué algunos parecen estar sumamente motivados y en cambio otros no lo están? Estas son las preguntas que es importante analizar en los servicios de salud.

¿Qué es la motivación?

Quizás sea preferible comenzar con explicar en qué no consiste la motivación. Muchos la conciben erróneamente como un rasgo personal; es decir, algunas la tienen y otros no. En la práctica, esa suposición caracteriza al gerente que califica de perezosos a ciertos subordinados. Tal designación supone que un individuo siempre es perezoso o que le falta motivación. El análisis de la motivación nos indica que eso no es cierto. Lo que sí sabe es que la motivación es resultado de la interacción del individuo y la situación. Sin duda las personas difieren en su impulso motivacional.

La motivación es resultado de la interacción del individuo y la situación.

Pero el mismo empleado que se aburre pronto al tirar de la taladora quizás no de la menor muestra de aburrimiento al tirar de la palanca de una máquina tragamonedas en Las Vegas durante horas. A veces leemos una novela completa en un solo día, y sin

embargo nos resulta difícil leer un libro de texto más de veinte minutos (sobre todo si es un manual de gestión de servicios de salud). Y la causa del cansancio no es necesariamente el sujeto sino la situación. Por eso, al analizar el concepto de motivación, no olvidemos que el grado de ella varía entre las personas y dentro de cada persona según el momento.

La motivación la entiendo como el deseo de hacer un esfuerzo por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la posibilidad de satisfacer alguna necesidad individual. Si bien la motivación general se refiere al esfuerzo por conseguir cualquier meta, me concentraré en las metas organizacionales a fin de reflejar mi interés primordial por el comportamiento conexo con el trabajo. Los tres elementos básicos de la definición son esfuerzo, metas organizacionales y necesidades.

El elemento de esfuerzo es una medida de intensidad. Cuando alguien está motivado, suele poner todo su empeño. Pero los altos niveles de esfuerzo difícilmente dan resultados favorables en la realización del trabajo, a menos que se canalicen en una dirección que redunde en beneficio de la empresa. (Katerberg y Bla, 1983). Por consiguiente, se debe tener en cuenta la calidad del esfuerzo y también su intensidad. El esfuerzo dirigido hacia las metas de la organización y compatible con ellas es el tipo que hemos de buscar. Por último, trataremos la motivación como un proceso satisfactor de necesidades.

Una necesidad significa algún estado que hace atractivos ciertos resultados. Una necesidad insatisfecha crea tensión que estimula impulsos en el interior del individuo. Estos impulsos generan un comportamiento de búsqueda tendiente a encontrar metas especiales que, si se consiguen, satisfacen la necesidad y atenuarán la tensión.

Una necesidad insatisfecha crea tensión que estimula impulsos en el interior del individuo.

Por tanto, podemos decir que los empleados motivados se hallan en un estado de tensión. Para aliviarla toman algunas medidas. Cuanto más intensa sea la tensión mayor será el esfuerzo. Y si éste procura la satisfacción de la necesidad la tensión se reduce. Pero como interesa el comportamiento de trabajo, el esfuerzo reductor de tensión ha de dirigirse además a la obligación de las metas organizacionales. En consecuencia, la definición de motivación conlleva la necesidad de que las necesidades del individuo sean compatibles y acordes a las metas de la empresa. Cuando no es así es posible que el individuo realice un alto grado de esfuerzo que va contra los intereses de la organización. Y, a propósito, no pocas veces sucede eso. Algunos empleados normalmente no pasan mucho tiempo conversando con sus amigos en el trabajo a fin de satisfacer sus necesidades sociales. Hay en ello mucho esfuerzo, sólo que está encauzado en una dirección improductiva.

Teorías antiguas sobre la motivación

La década del cincuenta representa un fértil período en el desarrollo de los conceptos relacionados con la motivación. En ese lapso se formularon tres teorías específicas que, aunque su validez es hoy objeto de duras críticas y es puesta en tela de juicio seguramente son las explicaciones más conocidas de la motivación. Nos referimos a la teoría de la jerarquía de necesidades, las teorías X y Y, así como la teoría de higiene-motivación. Como veremos más adelante en este componente, desde entonces

se han desarrollado explicaciones más válidas de la motivación, pero es preciso conocer esas teorías al menos por dos razones. 1) representan la base de donde se han originado las teorías contemporáneas y 2) los gerentes normalmente las utilizan junto con su terminología al explicar la motivación del empleado.

Teoría de la jerarquía de necesidades

Me atrevo a afirmar que la teoría más conocida de la motivación es la jerarquía de necesidades de Maslow.(1954). Él supuso que en cada ser humano existe una jerarquía de cinco necesidades, a saber:

1. **Necesidades fisiológicas.** Comprenden, hambre, sed, vivienda, sexo, y otras necesidades corporales.
2. **Necesidades de seguridad.** Incluyen seguridad y protección contra daño físico y emocional.
3. **Amor.** Abarca afecto, pertenencia, aceptación y amistad.
4. **Estima.** Incluye factores internos de estimación como respeto de sí mismo, autonomía y logro, y comprende también factores de estima como *status*, reconocimiento y atención.
5. **Autorrealización** . Está representada por el impulso de llegar a ser lo que puede ser; comprende crecimiento, realización del propio potencial y la autorrealización.

A medida que van quedando satisfechas estas necesidades, la siguiente se torna dominante, el individuo asciende por la jerarquía. Desde el punto de vista de la motivación, la teoría establece que, si bien ninguna necesidad queda satisfecha enteramente, una necesidad satisfecha en lo fundamental ya no motiva.

Maslow distingue las cinco necesidades en niveles superiores e inferiores. Las fisiológicas y de seguridad se describen como de orden inferior; el amor, la estima y la autorrealización se clasifican como necesidades de orden superior. La diferenciación entre los dos órdenes se trazó suponiendo que las necesidades de orden superior se satisfacen en el interior del sujeto; en cambio, las de orden inferior se satisfacen en el exterior (por aspectos como sueldos, contratos del sindicato y antigüedad).

En efecto, la conclusión natural que ha de extraerse de la clasificación de Maslow es que en época de auge económico casi todos los trabajadores con empleo permanente tienen satisfechas sustancialmente sus necesidades de orden inferior.

La teoría de las necesidades de Maslow ha recibido amplia aceptación, sobre todo entre los niveles gerenciales. Esa acogida es atribuible a la lógica intuitiva y a la facilidad con que se comprende la teoría. Pero por desgracia la investigación generalmente no la valida. Maslow aportó pruebas empíricas, y en varios estudios se ha intentado en vano corroborarla. (Lawlwr y Suttle, 1972).

La diferenciación entre los dos órdenes se trazó suponiendo que las necesidades de orden superior se satisfacen en el interior del sujeto; en cambio, las de orden inferior se satisfacen en el exterior.

Las teorías antiguas, en especial las que son intuitivamente lógicas, no se extinguen tan fácilmente. Investigaciones realizadas han revisado los datos y ha llegado a la conclusión de que, “aunque la jerarquía de necesidades goza de gran popularidad, no ha recibido mucho apoyo en los trabajos empíricos” (Kawan et al, 1977: 178). Más aún, señala que la investigación disponible debe producir sin duda renuencia a aceptar de modo incondicional la implicación de la jerarquía de Maslow. Otra reseña llegó a la misma conclusión (Weliba y Bridwell, 1976). Poco apoyo recibió la predicción de que las estructuras de las necesidades están organizadas en las dimensiones propuestas por Maslow, la predicción de una relación negativa entre el nivel de satisfacción de una necesidad y su activación o la predicción de un nexo positivo entre el grado de satisfacción de la necesidad y el nivel de activación de la siguiente de orden superior.

Pero no se olvide que hay una diferencia entre no encontrar “suficientes pruebas” en favor de una teoría y “calificarla de inválida”. “Es obvio que la investigación disponible no apoya la teoría de Maslow en forma importante. Ello no significa que la teoría sea errónea, sino tan sólo que no ha sido corroborada” (Miner, 1980:41).

Teoría (x) y teoría (y)

Douglas McGregor (1960) propuso dos puntos de vista distintos sobre el ser humano: uno básicamente negativo, denominado teoría “X”, y el otro básicamente positivo, llamado teoría “Y”. Luego de examinar la manera en que los gerentes tratan con sus subordinados, McGregor llegó a la conclusión de que la concepción que tenían los gerentes sobre la naturaleza humana se fundaba en ciertos grupos de suposiciones y que tendían a modelar su comportamiento con los subordinados a partir de dichas suposiciones.

Según la teoría “X”, las cuatro suposiciones que hacen los gerentes son:

1. Los empleados sienten una aversión intrínseca por el trabajo y, en lo posible, tratarán de evitarlo.
2. Puesto que les molesta el trabajo, hay que obligarlos, controlarlos o amenazarlos con sanciones para que alcancen las metas.
3. Los empleados rehuyen las responsabilidades y buscan dirección formal en lo posible.
4. La mayor parte de ellos anteponen la seguridad a todos los demás factores asociados al trabajo y mostrarán poca ambición.

En contraste con esas opiniones negativas respecto a la naturaleza humana, McGregor menciona otras cuatro suposiciones que llama teoría “Y”:

- Los empleados pueden considerar el trabajo una actividad tan natural como el descanso o el juego.
- El individuo ejercerá la autodirección y el dominio de sí mismo si se siente comprometido con los objetivos.

- El individuo normal aprende a aceptar la responsabilidad e incluso a buscarla.
- La **creatividad**, o sea la capacidad de tomar decisiones innovadoras, está generalizada en la población, sin ser necesariamente exclusiva de los niveles gerenciales.

¿Cuáles son las implicaciones motivacionales si aceptamos el análisis de McGregor? La respuesta se expresa muy bien en el marco de referencia presentado por Maslow. La teoría “X” supone que las necesidades de orden inferior dominan al individuo. Y la teoría “Y” supone que las necesidades de orden superior predominan. El propio McGregor sostuvo la opinión de que las suposiciones de la teoría “Y” son más válidas que las de la teoría “X”.

Por tanto, propuso ideas como la participación en la toma de decisiones, los trabajos interesantes y de responsabilidad y las buenas relaciones de grupo como medios de maximizar la motivación del trabajador.

Por desgracia, no hay evidencia que confirme que una u otra hipótesis es válida, o que aceptar los postulados de la teoría “Y” y modificar las propias acciones producirá mayor motivación en el empleado.

Teoría de higiene-motivación

Esta teoría fue formulada por el psicólogo Frederick Herzberg. Él estaba convencido de que la relación del individuo con su trabajo es básica y que su actitud ante el trabajo puede muy bien depender del éxito o fracaso. Y así Herzberg investigó la pregunta ¿Qué desea la gente de su trabajo? Preguntó a varias personas describir con detalle las situaciones en que se sintieron muy bien o mal en su trabajo. Tabuló y clasificó los resultados.

Herzberg investigó la pregunta ¿Qué desea la gente de su trabajo?

A partir de las respuestas clasificadas, Herzberg llegó a la conclusión de que las respuestas que la gente daba cuando se sentía bien eran muy distintas a las que daba cuando se sentía mal. Ciertas características suelen estar relacionadas con la satisfacción en el trabajo y otras con la insatisfacción. Los factores intrínsecos del trabajo, entre ellos, logro, reconocimiento, índole del trabajo, responsabilidad, progreso y crecimiento, parecen relacionarse con la satisfacción. Cuando los entrevistados estaban contentos con su trabajo, tendían a atribuirse a sí mismos tales características. En cambio, cuando estaban insatisfechos tendían a citar los factores extrínsecos, como las políticas y administración de la empresa, la supervisión, las relaciones interpersonales, y las condiciones de trabajo.

Los datos revelan, afirma Herzberg, que lo contrario de la satisfacción no es la insatisfacción como tradicionalmente se creía. La supresión de las características desagradables en un puesto no necesariamente lo hace placentero. Herzberg propone que sus hallazgos indican la existencia de un continuo dual: el opuesto de “satisfacción” es “no satisfacción” y el opuesto de “insatisfacción” es “no insatisfacción”.

De acuerdo con Herzberg, los factores que favorecen la satisfacción son independientes y distintos de los que producen insatisfacción. Por tanto, los gerentes

que procuran eliminar los factores causantes de insatisfacción pueden lograr la paz, aunque no necesariamente la motivación. De ahí que características de la compañía como política y administración, supervisión, relaciones interpersonales, condiciones de trabajo, y sueldo han sido caracterizadas por Herzberg como factores de higiene. Cuando son adecuados el personal no estará insatisfecho. Sin embargo, tampoco estará satisfecho. Si queremos motivar al individuo en su trabajo, Herzberg recomienda poner de relieve el logro, el reconocimiento, el trabajo en sí, la responsabilidad y el crecimiento, éstas son características que al hombre le procuran satisfacción intrínseca.

Los gerentes que procuran eliminar los factores causantes de insatisfacción pueden lograr la paz, aunque no necesariamente la motivación.

La teoría de higiene-motivación recibe las siguientes críticas:

- **El procedimiento aplicado por Herzberg está limitado por su metodología.** Cuando las cosas marchan bien la gente tiende a atribuirse el éxito. En cambio atribuyen al ambiente extrínseco sus fracasos.
- **La confiabilidad de Herzberg es puesta en tela de juicio.** Como los clasificadores han de hacer interpretaciones, es posible que contaminen sus hallazgos interpretando una respuesta de una manera y tratando otra respuesta semejante en forma distinta.
- **No se utilizó una medida global de la satisfacción.** En otras palabras, a una persona puede molestarle parte de su trabajo y pese a ello lo considera aceptable.
- **La teoría es incompatible con las investigaciones anteriores.** La teoría de higiene-motivación ignora las variables situacionales.
- **Herzberg supone que se da una relación entre la satisfacción y la productividad.** Pero la metodología a que recurrió se ocupa solo de la satisfacción, no de la productividad. Si se quiere hacer relevante esa investigación, es preciso suponer una fuerte relación entre satisfacción y productividad. (Hoose y Wigdor, 1970).

Sin importar las críticas, la teoría de Herzberg ha sido leída ampliamente y hay pocos gerentes que no conozcan sus recomendaciones. La creciente generalización, desde mitades de la década de 1960, de trabajos de expansión vertical que permiten mayor responsabilidad de los empleados en la planeación y control de sus actividades puede atribuirse, probablemente, a los hallazgos y recomendaciones de Herzberg.

Desde otro ángulo, los resultados parecen congruentes con las encuestas generales sobre las opiniones que tienen los empleados respecto de lo que desean de su trabajo. Los sondeos de opinión realizados a nivel nacional por el National Opinion Research Center indican que más de la mitad de la fuerza de trabajo, masculina y de raza blanca, en Estados Unidos piensa que la característica más importante de un trabajo sea que ésta supone un trabajo significativo y procura una sensación de logro. El trabajo significativo se clasifica como “de máxima importancia” con el triple de frecuencia que las “oportunidades de adelanto” y “altos ingresos” y con una frecuencia siete veces mayor que el deseo de “un horario de trabajo más corto y mucho tiempo libre”.

Estos hallazgos del National Opinion Research Center me permite reflexionar sobre la importancia de buscar o identificar los factores motivacionales más recurrentes entre

los directivos de servicios de salud, así como poder determinar una tipología que permita en el futuro fortalecer estos factores motivacionales a través de asesoría o de capacitación en servicio.

Teorías contemporáneas sobre la motivación

Las teorías precedentes se conocen bien pero, por desgracia, no han resistido bien un análisis minucioso. Pero no todo está perdido. Hay varias teorías contemporáneas que tienen una cosa en común: cuentan con pruebas válidas que las apoyan bastante. Desde luego ello no significa que las teorías que a continuación analizaremos sean absolutamente correctas. En realidad, tan sólo representan el estado actual en la explicación de la motivación de los empleados. También es necesario valorar que los prestadores o proveedores de servicios de salud tienen características propias que los hacen diferentes a otro tipo de empleados.

Teoría ERG

Clayton Alderfer de la Yale University ha reformulado la jerarquía de necesidades de Maslow para adecuarla a los últimos resultados de la investigación. La revisión de la jerarquía recibe el nombre de teoría ERG.

Alderfer afirma que hay tres grupos de necesidades primordiales: existencia, relación y crecimiento (*growth*, en inglés). De ahí la designación de la teoría: teoría ERG. El grupo de existencia es el que satisface nuestras exigencias materiales básicas de la existencia. Entre ellas figuran lo que Maslow consideró como necesidades fisiológicas y de seguridad. El segundo grupo de necesidades son la relación, o sea el deseo de mantener importantes relaciones interpersonales. Estos deseos sociales y de *status* exigen interacción con otras personas para quedar satisfechos, y corresponden a la necesidad de amor propuesta por Maslow y al componente externo en su clasificación de la estima. Por último, Alderfer aísla las necesidades de crecimiento, o sea un deseo intrínseco de alcanzar el desarrollo personal. Entre ellas figuran el componente intrínseco de la categoría de estima de Maslow y las características incluidas en la autorrealización.

Aparte de sustituir las cinco necesidades por tres, ¿en qué difieren la teoría ERG de Alderfer y la de Maslow? En contraste con la jerarquía de necesidades, esta teoría demuestra que:

- Es posible que al mismo tiempo esté en operación más de una necesidad y si se reprime la satisfacción de una necesidad de orden superior, aumenta el deseo de satisfacer una de orden inferior.

La jerarquía de necesidades es una rígida progresión gradual. La teoría ERG no supone que existe una jerarquía rígida en la cual una necesidad inferior debe atenderse en lo esencial antes de pasar a la siguiente. Así, una persona puede hallarse en la etapa de crecimiento, aun cuando todavía no satisfaga las necesidades de existencia o relación; también es posible que las tres categorías de necesidades estén operando al mismo tiempo.

La teoría ERG no supone que existe una jerarquía rígida en la cual una necesidad inferior debe atenderse en lo esencial antes de pasar a la siguiente.

La teoría ERG contiene asimismo una dimensión de frustración-regresión. Como se recordará, Maslow sostuvo que un individuo puede permanecer en cierto nivel de necesidad hasta que ésta se satisface. La teoría ERG niega eso señalando que, cuando queda frustrada una necesidad de orden superior, aparece el deseo de intensificar una necesidad de orden inferior.

En síntesis la teoría ERG establece, a semejanza de la de Maslow, que la satisfacción de las necesidades de orden inferior provocan el deseo de atender a las de orden superior; pero es posible que varias necesidades estén actuando como motivadores al mismo tiempo, y la frustración al intentar satisfacer una necesidad de orden superior puede causar la regresión a una de orden inferior.

La teoría ERG es más compatible con el conocimiento de las diferencias individuales. Las variables como escolaridad, antecedentes familiares y ambiente cultural pueden alterar la importancia o fuerza impulsora que un grupo de necesidades tiene para determinado individuo. La evidencia que demuestra que los miembros de otras culturas clasifican de modo diferente las categorías de necesidades (por ejemplo, los japoneses y españoles anteponen las necesidades sociales a las fisiológicas)(Haire et al, 1963) concuerda con la teoría ERG. Varios estudios han venido a corroborar la teoría ERG, pero también se sabe que no es aplicable en algunas organizaciones. Sin embargo, en general representa una versión más válida de la jerarquía de necesidades.

Teoría de tres necesidades

David McClelland (1975) propone tres necesidades para entender la motivación que son el logro, el poder y la afiliación. Se definen en los siguientes términos:

Necesidad de logro: impulso de sobresalir, de alcanzar el logro en relación con un conjunto de niveles, de luchar por tener éxito.

Necesidad de poder: necesidad de hacer que otros realicen una conducta que de lo contrario no habrían observado.

Necesidad de afiliación: el deseo de establecer relaciones interpersonales amistosas y estrechas.

Como se señaló antes, algunos que sienten un impulso irresistible al éxito luchan por el logro personal más que por los premios del éxito en sí. Sienten el deseo de hacer algo mejor o más eficientemente. Su impulso es la necesidad de logro (nLog). Basándose en las investigaciones sobre esa exigencia, McClelland descubrió que los que están muy orientados al logro se distinguen del resto de la población por el deseo de hacer mejor las cosas. Buscan situaciones donde pueden asumir la responsabilidad personal de encontrar soluciones a los problemas, donde reciben inmediata *retroalimentación* sobre su rendimiento y, por lo mismo, saben si están mejorando o no y donde pueden establecer metas de dificultad moderada. Esas personas no son jugadores; les disgusta obtener éxito por mera casualidad. Prefieren el reto de resolver un problema y aceptar la responsabilidad del éxito o fracaso en vez de dejar el resultado a la suerte o a las

acciones de otros. Es conveniente señalar que evitan lo que, a su juicio, son tareas demasiado fáciles o demasiado difíciles.

También en este caso, los que están orientados al logro dan su mejor rendimiento cuando perciben que su probabilidad de éxito es cinco, es decir, tienen 50-50 de posibilidad de triunfar. Les molesta trabajar con un margen de ventaja porque el factor casualidad no les depara satisfacción. De manera análoga, tampoco les gusta la gran probabilidad de éxito, porque entonces no se ponen a prueba sus destrezas. Prefieren las metas que les exigen esforzarse un poco. Cuando hay más o menos iguales probabilidades de éxito o fracaso, existe la mejor oportunidad de experimentar los sentimientos de logro y satisfacción por los propios esfuerzos.

La necesidad de poder (nPo) es el deseo de ejercer influencia y de controlar a la gente. Los individuos con un alto grado de ella gustan de "ser jefes", luchan por influir en otros, prefieren ser puestos en situaciones competitivas y orientadas al *status*, tendiendo a preocuparse más por conseguir influencia sobre los otros y prestigio que por dar un rendimiento adecuado.

La tercera necesidad identificada por McClelland es la de afiliación (NaF). Ésta ha recibido menos atención por parte de los investigadores. La afiliación puede verse como el deseo de gozar de la aceptación y aprecio de la gente. Los que la sienten en alto grado luchan por conquistar la amistad, prefieren situaciones de cooperación a las de competencia y desean relaciones que incluyen un alto grado de comprensión mutua.

La afiliación puede verse como el deseo de gozar de la aceptación y aprecio de la gente.

¿Cómo se sabe, por ejemplo, si alguien está muy orientado al logro? Las tres necesidades suelen medirse mediante un test proyectivo en el cual los sujetos reaccionan ante un grupo de imágenes. Cada imagen se muestra brevemente a un sujeto y luego éste escribe una historia basándose en ella. Por ejemplo, en la imagen puede aparecer un hombre sentado en un escritorio en actitud pensativa, viendo la fotografía de una mujer y de dos niños colocada en el ángulo del escritorio. Se le pedirá al sujeto que escriba una historia que describa lo que está sucediendo, lo que precedió a esta situación, lo que sucederá en el futuro y así sucesivamente.

Las historias se convierten en tests proyectivos que miden los motivos inconscientes. Se califica cada historia y se obtiene la puntuación del sujeto en las tres necesidades.

Basándose en una abundante investigación, es posible hacer predicciones bastante bien fundamentadas acerca de la relación existente entre la necesidad del logro y el rendimiento en el trabajo. Aunque se han realizado menos trabajos respecto de la necesidad de poder y afiliación, también aquí se cuenta con hallazgos consistentes.

Los que tienen una gran necesidad de logro prefieren las situaciones laborales dotadas de responsabilidad personal, *retroalimentación* y un grado intermedio de riesgo. Cuando predominan tales condiciones, se sienten muy motivados. La evidencia demuestra, por ejemplo, en esas personas una unidad autosuficiente dentro de una gran corporación y ocupan varias posiciones de ventas.

Segundo, una gran necesidad de logro no necesariamente hace de la persona un

buen gerente, sobre todo en las grandes empresas. Los que tienen esa orientación se interesan en la excelencia de su rendimiento personal y no en influir en los demás para que sean eficientes. Los representantes de ventas que tienen una gran necesidad de logro no necesariamente serán buenos gerentes de ventas, y el gerente eficiente en una gran empresa no suele sentir una fuerte necesidad de logro.

Tercero, las necesidades de afiliación y poder tienden a estar estrechamente relacionadas con el éxito gerencial. Los mejores gerentes sienten una fuerte necesidad de poder y poca necesidad de afiliación. En efecto, un gran motivo de poder a veces es un requisito de la eficiencia gerencial. (Miner, 1965) Desde luego resulta discutible distinguir cuál es la causa y cuál es el efecto. Se ha señalado que una gran necesidad de poder puede deberse simplemente al nivel que se ocupa en una organización jerárquica.

Las necesidades de afiliación y poder tienden a estar estrechamente relacionadas con el éxito gerencial.

Este argumento propone que cuanto más ascienda un individuo en la empresa, mayor será el motivo de poder del titular. Por ello las posiciones de mucho poder serán el estímulo de un fuerte motivo de poder.

Por último, se ha logrado entrenar a los empleados para estimular su necesidad de logro. Si el trabajo exige a alguien con fuerte orientación al logro, la gerencia puede escoger a una persona con gran necesidad de logro o bien desarrollar a su propio candidato sometiéndolo a un entrenamiento destinado a imbuirle esa orientación.

Como se ha observado existen diferentes corrientes de motivación, pero es necesario tenerlas presentes ya que como se menciona en la introducción del capítulo, en este componente tenemos a los recursos humanos, lo que hace que el análisis se torne complejo. No hay que olvidar “*que no hay nada más injusto, que tratar igual a los que no lo son*”.

Comunicación

Sin duda una comunicación deficiente es la causa más citada del conflicto interpersonal. Como pasamos casi 70% de las horas de vigilia comunicándonos (escribiendo, leyendo, hablando, escuchando), es lógico afirmar que una de las fuerzas que más inhiben un buen desempeño del grupo es la falta de una buena comunicación.

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

No hay un grupo que pueda sobrevivir sin la comunicación: la transmisión de significado entre sus integrantes. Solo mediante la transmisión de significado de una persona a 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 sólo alemán y los demás no lo hablan ese individuo no será entendido plenamente. Por tanto, la comunicación ha de incluir tanto la transferencia como la comprensión del significado.

Una idea, por grande que sea, resulta inútil si no se transmite y se comprende. La comunicación perfecta, en caso de existir, se dará cuando un pensamiento o idea fuera transmitido de modo que la imagen mental percibida por el receptor coincidiera exactamente con la del emisor. Aunque sencilla en teoría, la comunicación perfecta nunca se consigue en la práctica por razones que veremos más adelante.

Antes de hacer demasiadas generalizaciones en torno a la comunicación y a los problemas de una buena comunicación, hemos de reexaminar brevemente las funciones que cumple y describir el proceso de la comunicación.

Funciones de la comunicación

La comunicación realiza cuatro funciones básicas en el interior de un grupo u organización: 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 acaten. Así, 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 compañía, la comunicación está efectuando una función de control. Pero la comunicación informal también regula la conducta.

La comunicación informal también regula la conducta.

La comunicación propicia la motivación al esclarecer a los empleados lo que ha de ser, la eficacia con que lo 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 y requieren comunicación.

Para muchos empleados, su grupo de trabajo constituye la principal fuente de interacción social. La comunicación que tiene lugar en él es un mecanismo indispensable para que externen su frustración y sentimientos de satisfacción. Así, la comunicación permite la expresión emocional de sentimientos y la satisfacción de las 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.

Ninguna de las cuatro funciones mencionadas debe conceptuarse como más importante. Para que los grupos den un buen rendimiento, es preciso que conserven alguna clase de control sobre los miembros, que estimulen su desempeño, que suministren un medio que permita la expresión de emociones y que tomen decisiones. Cabe suponer que casi toda interacción comunicativa que tiene lugar en un grupo u organización realiza una o varias de esas cuatro funciones.

Para que los grupos den un buen rendimiento, es preciso que conserven alguna clase de control sobre los miembros, que estimulen su desempeño, que suministren un medio que permita la expresión de emociones y que tomen decisiones.

Proceso de la comunicación

La comunicación puede concebirse como un proceso o flujo. Los problemas surgen cuando hay desviaciones o bloqueos en el flujo. Describiré el proceso a partir de un modelo de comunicación y luego veremos cómo las distorsiones alteran el proceso.

Modelo de 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.

El proceso de la comunicación está compuesto de siete partes: 1) la fuente de la comunicación, 2) la codificación (cifrado), 3) el mensaje, 4) el canal, 5) la deco-dificación (descifrado), 6) el receptor y 7) la retroalimentación.

La fuente inicia un mensaje al codificar un pensamiento. Se han mencionado cuatro condiciones que afectan al cifrado del mensaje: habilidad, actitud, conocimiento y sistema sociocultural.

Entre las habilidades que se requieren para una eficacia global de la comunicación están el hablar, leer, escuchar y razonar. Las actitudes influyen en el comportamiento. Tenemos ideas preconcebidas sobre abundantes temas, y esas actitudes inciden en la comunicación. Más aún, nuestro conocimiento en alguna materia limita la actividad comunicativa. No podemos comunicar algo que no sabemos, y si nuestro conocimiento es demasiado vasto quizá el receptor no entienda el mensaje. Claro está que la cantidad de conocimiento 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 a que pertenecemos. Las creencias y valores del individuo que forman parte de su cultura, vienen a influir en él como puente de la comunicación.

Las actitudes influyen en el comportamiento. Tenemos ideas preconcebidas sobre abundantes temas, y esas actitudes inciden en la comunicación.

El mensaje es el producto físico de la fuente codificadora. “Cuando hablamos, el habla es el mensaje. Cuando escribimos, el escrito constituye el mensaje. Cuando pintamos, la pintura es el mensaje. Cuando gesticulamos, los movimientos de los brazos y las expresiones del rostro son el mensaje”. (Berlo, 1960:54) En el mensaje influyen el código o grupo de símbolos con que transmitimos el significado, el contenido del mensaje y las decisiones que toma la fuente al seleccionar y organizar los códigos y el contenido.

El canal es el medio a través del cual pasa el mensaje. Lo escoge la fuente, que debe decidir cuál canal es formal y cuál es informal. Los canales formales están establecidos por la organización y transmiten mensajes referentes a las actividades de los miembros conexas con su trabajo. Suelen seguir la red de autoridad en el interior de la empresa. Otras modalidades de mensajes, entre ellas las de índole personal o social, siguen los canales informales en la organización.

El receptor es el objeto al que se dirige el mensaje. Pero antes que el mensaje sea recibido, los símbolos que incluye han de traducirse a una forma inteligible para el receptor. Se trata del descifrado (decodificación) del mensaje. Del mismo modo que el codificador se vio limitado por sus habilidades, actitudes, conocimiento y sistema sociocultural, también el receptor tiene limitaciones. La fuente debe tener experiencias y dominio en la escritura o en el habla, el receptor debe saber leer y escuchar muy bien

y ambos han de poder razonar. Nuestro nivel de conocimiento, actitudes y cultura influyen en la capacidad de recibir, lo mismo que en la de enviar.

El nexo final en el proceso de la comunicación es el circuito de *retroalimentación*. “Si una fuente de comunicación descifra el mensaje codificado por ella y si su mensaje es puesto de nuevo en el sistema, tendremos entonces la *retroalimentación*”. La *retroalimentación* es la comprobación de la eficacia con que se ha transmitido el mensaje tal como se pretendía. Determina si se ha logrado la comprensión del mismo.

Nuestro nivel de conocimiento, actitudes y cultura influyen en la capacidad de recibir, lo mismo que en la de enviar.

Fuentes de distorsión

Por desgracia, la mayor parte de los siete componentes del modelo del proceso comunicativo pueden crear distorsión y, por lo mismo, afectar al ideal de conseguir una comunicación perfecta. Esas causas de distorsión explican por qué el mensaje decodificado por el receptor rara vez corresponde exactamente al que deseaba transmitir el emisor.

Si el cifrado se efectúa con poco cuidado, el mensaje quedará distorsionado. También la naturaleza del mensaje puede provocar distorsión. Una elección inadecuada de símbolos y la confusión en el contenido de él, constituyen aspectos frecuentes de problemas. Desde luego, el canal tiene la capacidad de distorsionar la comunicación si no se escoge el idóneo o si el nivel de ruido es alto. El receptor representa la causa final capaz de ocasionar deformación. Sus prejuicios, conocimientos, habilidades perceptuales, extensión de atención y cuidado en el descifrado son factores que pueden hacer que el mensaje se interprete de manera un poco diferente a la deseada por el emisor.

Trabajo en equipo

La creencia encarnada por los jurados, de que dos cabezas piensan mejor que una, se ha aceptado tradicionalmente como un componente fundamental del sistema legal. Esta creencia se ha llevado a tal extremo, que hoy muchas decisiones de las organizaciones se toman por grupos o comités. Existen comités permanentes de ejecutivos que se reúnen periódicamente, grupos de trabajo creados especialmente para analizar determinados problemas, equipos de proyectos temporales que trabajan en la creación de productos nuevos y círculos de calidad constituidos por representantes de la gerencia y los trabajadores, que se reúnen para detectar y resolver problemas de producción, por citar algunos de los ejemplos más evidentes de la toma de decisiones en grupo.

Los grupos frente al individuo

Los grupos de toma de decisiones pueden usarse ampliamente en las empresas, pero ¿significa ese hecho que las decisiones colectivas son mejores a las que toma un individuo? La respuesta depende de varios factores. Comencemos por examinar las ventajas e inconvenientes de los grupos (Maier, 1967).

Ventajas de los grupos

Las decisiones individuales y colectivas tienen sus propias ventajas. Ni unas ni otras son las ideales en toda situación. A continuación se comentan las principales ventajas que ofrecen los grupos sobre el individuo en la toma de decisiones:

1. **Información y conocimiento más completo.** Al acumular los recursos de varios individuos contamos con más elementos en el proceso de decisión.
2. **Aumento de la diversidad de puntos de vista.** Aparte de proporcionar más elementos, los grupos dan heterogeneidad al proceso de decisión. Esto nos brinda la oportunidad de tener más enfoques y de disponer de más alternativas.
3. **Mayor aceptación de una solución.** Muchas decisiones fracasan tras la elección definitiva porque la gente no acepta la solución. Pero si en la decisión participan los que serán afectados por ella y deberán intervenir en su realización, habrá mayores probabilidades de que la acepten y hagan que otros también la acepten. Ello redundará en apoyo más firme de la decisión y produce más satisfacción entre quienes deben implantarla.
4. **Mayor legitimidad.** La sociedad moderna aprecia mucho los métodos democráticos.

El proceso de la toma de decisiones en grupo se ajusta a los ideales democráticos y, en consecuencia, se considera más legítimo que las decisiones tomadas por una sola persona.

Cuando el que las toma no consulta a otros antes de llegar a una determinación, el hecho de que tenga poder absoluto puede dar la impresión de que la decisión es autocrática y arbitraria.

Pero si en la decisión participan los que serán afectados por ella y deberán intervenir en su realización, habrá mayores probabilidades de que la acepten y hagan que otros también la acepten.

Desventajas de los grupos

Desde luego, las decisiones colectivas también presentan inconvenientes y limitaciones. A continuación se citan los más importantes:

1. **Lentitud.** Se requiere tiempo para reunir a un grupo. La interacción que se realiza una vez reunido el grupo resulta a veces ineficiente. A consecuencia de ello los grupos tardan más tiempo en llegar a una solución que si un individuo la tomara. Esto puede reducir la capacidad de la gerencia para intervenir de inmediato con una acción decisiva cuando se necesite.
2. **Presiones de conformismo.** Se dan presiones sociales en el grupo. El deseo que tienen los miembros de ser aceptados y considerados un elemento positivo propicia la dilución del desentimiento, con lo cual se favorece el conformismo entre las diversas perspectivas.
3. **Dominio de unos cuantos.** Uno o algunos miembros a veces dominan la discusión

en grupo. Si la coalición dominante se compone de personas de capacidad baja y mediana, mermará la eficacia global del grupo.

4. **Responsabilidad ambigua.** Los miembros del grupo comparten la responsabilidad, pero ¿quién es en realidad el responsable del resultado final? En el caso de una decisión individual, resulta patente quien lo es. En una decisión colectiva, se diluye la responsabilidad de los miembros.

Este otro componente del desarrollo organizacional es uno de los más difíciles de realizar, debido tal vez a la formación de los diferentes actores que conforman las unidades médicas.

Los médicos tienen dificultad para trabajar en equipo (no solo los médicos, también las enfermeras y las trabajadoras sociales, pero tal vez en menor grado) debido probablemente a la formación recibida. Esto se vuelve un problema cuando los profesionales de la salud ocupan un cargo directivo, debido que una de las premisas de las organizaciones es que precisamente está formada por personas, y actualmente muchas de las estrategias para la toma de decisiones se implantan por medio de equipos de trabajo (la planeación estratégica, círculos de calidad, equipos de *benchmarking*, expertos de procesos en reingeniería de servicios, etc).

El liderazgo, la motivación, la comunicación, y el trabajo en equipo son componentes que debe de conocer y aplicar el gerente de servicios de salud.

Conclusiones

El desarrollo organizacional es uno de los componentes del modelo gerencial que es necesario conocer y aplicar, ya que es una de las partes más dinámicas de las organizaciones. Tal vez sea el componente más complejo, debido a la dificultad de las relaciones humanas en sus diferentes escenarios.

Por parte de los gerentes de servicios de salud es fundamental el conocimiento, de su personal, su tipo de liderazgo, su fuentes de motivación, el tipo de comunicación por utilizar determinando situaciones y contingencias.

Pero sobre todo un gran reto que no solo tiene el gerente de las unidades médicas, sino todo el personal, es trabajar en equipo.

Tal vez en este sentido no hace falta sólo una reforma de servicios de salud, sino una revolución en el cambio de aptitudes y de actitudes (es decir, cambio de conocimientos y de conductas).

El siguiente cuadro le será útil como guía para analizar las variables del desarrollo organizacional.

Figura 1. Cédula de análisis sobre las variables del desarrollo organizacional

Componente	Variable	Subvariable	Indicador	Parámetro
Desempeño organizacional	Motivación	Logro	Impulso de sobresalir.	
		Afilación	Establecer relaciones interpersonales amistosas y estrechas.	
		Poder	Necesidad de hacer que otros presenten una conducta que de lo contrario no habría observado.	
	Comunicación	Escrita	Memoranda, manuales, informes.	
		Oral	Órdenes verbales, discursos, reuniones de trabajo.	
		Corporal	Gestos, señas movimientos corporales.	

Bibliografía

Beckhard Richard. (1994) *Desarrollo Organizacional: Estrategias y Modelos*, Editorial Fondo Educativo Interamericano.

Bennis (1969) *Organization development: it's nature, origins, and prospects*. Reading, Mass: Addison-Wesley.

Berlo D K. (1960) *The Process of communication* New York: Holt, Rinehart and Winston.

Cartwright and A. Zander (eds.), *Group dynamics: research and theory*. (Elmsford, N.Y.: Row, D C McClelland and D G Winter. (1969) *Motivating economic achievement* New York: Free Press.

Davis K. (1993) *Comportamiento humano en el trabajo, comportamiento organizacional*, octava Edición, tercera en Español. Editorial Mc. Graw Hill.

Davis K. (1993) *Comportamiento humano en el trabajo, comportamiento organizacional*, octava Edición, tercera en Español. Editorial Mc. Graw Hill.

Democracy: A. Preliminary Note, "*Sociometry*, no. 1, pp. 292-380

Ferrer L. (1993) *Guía práctica de desarrollo organizacional*, Editorial Trillas,

Foydyce-Weil. (1994) *Métodos de desarrollo organizacional para ejecutivos*. Fondo Educativo Interamericano, Parte 1. function, "*Psychological review*, April, pp. 239-49.

Geier J G. (1997) "A Trait Approach to the Study of Leadership in Small Groups". *Juornal of Communication*, December.

H S Becker, (1982) "Culture: A Sociological View", *Yale Review*, Summer.

Haire M, E E Ghiselli, and L W Porter. (1963) "Cultural patterns in the role of the manager", *Harvard Business Review*, March-April, pp. 100-110. hierarchy theory" *Organizational behavior and performance*, April, pp. 212-40.

House R J and L A Wigdor. (1970) "Herzberg's dual-theory of job satisfaction and motivations: a *Industrial relations*, February, pp. 95-117.

Kahn R. and D Katz. (1960) "Leadership practices in relation to productivity and morale.

Katerberg R. and G J Blau. (1983) "An Examination of level and direction of effort on a job.

Katz. (1983) *Psicología social de las organizaciones*. Biblioteca de las ciencias de la administración. Editorial Trillas.

Kipnis D. (1974) "The powerholder", in J. T. Tedeschi (de). *Perspectives in social power* Chicago:

Korman A K, J H Greenhaus, and Y J Badin. (1977) "Personnel attitudes and motivation", in M.

Lawler E. E and J. L. Suttle, (19972) "A Causal correlational test of the need hierarchy concept"

Leatt P, Shortell S, Kimberly J. (1988) *Organization design*. En: Shortell, S & Kaluzny A. *Health Care Management*; Jhon Wiley & Sons.

Lewin K. and R. Lippitt, (1938) "An Experimental approach to the study of autocracy and

Maier N R F. (1967) "Assets and liabilities in group problem solving: the need for an integrative

Maslow A. *Motivation and personality* New York: Harper y Row, 1954. *Academy of Management Journal*, June 1076, p. 317. *Aldine and human performance*, May, pp. 78-97.

McClelland D C. (1969) *The achieving society* New York; Van Nostrand Reinhold

McClelland, and D H Burnham.. (1976) "power is the great motivator"

McGregor D. (1960) *The human side of enterprise* New York: McGraw-Hill.

Miner J B (1980) *Theories of organizational behavior* Hinsdale, III.: Dryden Press.

Miner J B. (1965) *Studies in Management Education* (New York: Springer).

OPS. (1992) *Administración de los servicios de enfermería*

Rosenzweig R. and L. W. (eds). *Annual review of psychology* Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, Relations, October, pp. 403-30.

Ruelas E, Durán L, Godínez, C, Martínez C. (1993) La situación actual en el campo de la calidad de la atención a la salud. Documento Mimeo. ESPM/INSP.

Schneider C P and C P Alderfer. (1973) "three studies of measures of need satisfaction in Schwab and L. L. Cummings, "Theories of Performance and Satisfaction: A Review", "Industrial

Scott W G and T R Mitchell. (1976) *Organization theory: a structural and behavioral analysis*

Stogdill R.M. and A.E. Coons (eds), (1974), *Leader behavior: its description and measurement, research monograph no. 88* (Columbus: Ohio State research, see. S Kerr. C.A. Schriessheim, C.JJ. Murphy, and R.M. Stogdill, "Toward a Contingency Theory of Leadership Based upon the Consideration and Initiating Structure Literature, "organizational Behavior and Human Performance, August.

Thomas K.W. and W. H. Schmidt, "A survey of managerial interests with respect to conflict,"

Wahba M A and L G Bridwell. (1976) "Maslow reconsidered: a review of research on the need

Wanous J P and A Zwany. (1977) "A cross-test of need hierarchy theory", *organizational behavior*

Weaver C N. (1976) "What workers want from their jobs", *Personnel*, May-June.

Tema 3. Desempeño organizacional

Por Carlos G. Godínez Cortés

Resumen

En este tema se analiza el concepto de desempeño organizacional y sus elementos, como son la calidad de la atención médica, la productividad y la eficiencia, así como los métodos y la metodología para evaluar la calidad.

Sin duda, el desempeño organizacional es el componente donde podemos evaluar el impacto que tiene la organización en relación con los otros componentes, cumpliéndose una premisa de los servicios de salud *la calidad de los servicios de salud se mide en el desempeño organizacional, pero se entiende en el diseño y en el desarrollo organizacional.*

Tema 3. Desempeño organizacional

Por Carlos Godínez Cortés

El desempeño organizacional será conceptualizado como el componente que nos permite generar los indicadores de medida o de evaluación. Está conformado por tres elementos básicos: la calidad de la atención médica, la productividad y la eficiencia; aunque no quiere decir que éstos son los únicos.

La calidad es definida como el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos, (Ruelas, 1993) o bien, la forma de buscar el mejor equilibrio entre la satisfacción del cliente interno, la institución y el cliente externo(SSA, 1990).

La calidad es definida como el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos.

La calidad tiene por lo menos dos grandes componentes: la calidad técnica y la calidad interpersonal(Donabedian, 1990).

Se entiende la calidad técnica como la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución de problemas de salud del paciente. Mientras que la calidad interpersonal alude a la relación humana que, en el caso específico de los servicios de salud, se da en la relación médico-paciente.

Dentro de estos conceptos de calidad, se puede hablar de un tercer elemento que son las comodidades o bien el ambiente donde se da el proceso de atención o de servicio (ventilación, ruido, iluminación, etc.).

En estudios realizados sobre el comportamiento de la demanda de los servicios de salud se ha podido observar cómo los proveedores o prestadores ponderan como un servicio con calidad a la calidad técnica, mientras que los usuarios ponderan como un servicio con calidad a la calidad interpersonal.

Los usuarios ponderan cómo un servicio con calidad a la calidad interpersonal.

Esta conclusión llama la atención, ya que observamos diferentes perspectivas en relación con la calidad, siendo que tanto la calidad técnica como la calidad interpersonal son complementarias.

De ahí que en algunas instituciones de salud fue necesario acuñar el término "calidez" como sinónimo de calidad interpersonal, lo que nos lleva a reflexionar sobre la necesidad que existe en los servicios de salud de considerar una calidad integral (tanto la calidad técnica, como interpersonal y tomar en cuenta el ambiente donde se desarrolla el proceso de atención médica o bien, un servicio determinado).

La calidad de la atención a la salud es cada día una mayor exigencia para los profesionales de la salud. Mejorar la calidad no es una moda, sino una verdadera necesidad.

Se observan tres transiciones que influyen en el ejercicio de los profesionales de la salud, transiciones que a su vez están matizadas por diversos factores.

Primera transición: de la cantidad a la calidad

En el nivel sistemático, transcurre la transición de la cantidad a la calidad. Es fácil observar cómo en muchos países con un grado aceptable de desarrollo económico, la preocupación central ya no es exclusivamente incrementar la cobertura de los servicios de salud.

Una vez que se ha alcanzado una cobertura relativamente razonable, se transita hacia una preocupación por otorgar esos servicios con una calidad mínima indispensable. Esta transición no implica la sustitución de una preocupación por la otra. Aun en algunas economías altamente desarrolladas, la insuficiente cantidad de servicios otorgados constituye una preocupación, pero ya existe la clara conciencia de que mayor cantidad no conduce necesariamente hacia mayor calidad.

Existe la clara conciencia de que mayor cantidad no conduce necesariamente hacia mayor calidad.

Segunda transición: de la evaluación a la garantía de la calidad

Las técnicas de mejoramiento continuo-calidad total, han puesto en evidencia que no basta evaluar para que, *ipso facto*, mejore la calidad. Más importante aún es que, en un buen número de países, se consagra, de una o de otra forma, el derecho inclusive a la protección de la salud como garantía constitucional.

¿Sería razonable pensar en protección sin otorgar servicios de calidad adecuada?, ¿No es entonces necesario garantizar ese derecho que solo se consigue plenamente si se garantiza a su vez la calidad? En consecuencia, se ha transitado hacia una exigencia ética y legal no solo de evaluar, sino de garantizar la calidad de la atención a la salud. En consonancia, se ha transitado de estrategias meramente evaluativas hacia estrategias integrales de garantía de calidad.

Tercera transición: de la calidad y la eficiencia *per se*, a la calidad con eficiencia

En el curso de los últimos dos decenios, la calidad empezó a constituirse en *desideratum* explícito de los sistemas de salud. De igual manera, aunque independientemente, la eficiencia de los servicios de salud adquirió preponderancia sobre todo hacia el final del decenio de 1970 y principio del de 1980. Dio la impresión, incluso, de que durante muchos años se interpretó a la eficiencia como vehículo para alcanzar altos niveles de calidad, hasta que esta percepción se demostró equivocada.

Hoy, la exigencia impuesta a las economías nacionales por los muy altos niveles de competencia internacional, han hecho que, ni la calidad ni la eficiencia puedan ser vistas como valores independientes uno del otro.

Cuarta transición: de la calidad como valor implícito, a la calidad como valor explícito

Las tres transiciones a nivel sistémico han influido, sin duda, al nivel de los profesionales de la salud como individuos. En efecto, la calidad se ha convertido en tema vigente, el tema no es ya dominio de unos cuantos, la percepción de la calidad individual del médico, de la enfermera, del odontólogo, etc., no es ya solamente un atributo de la interpretación personal de cada uno de ellos. Se ha transitado de la calidad como valor implícito, a la calidad como valor explícito y es ésta, entonces, la cuarta transición.

Las tres transiciones a nivel sistémico han influido, sin duda, al nivel de los profesionales de la salud como individuos.

En consecuencia, la calidad de la atención médica no es ya un valor gratuito adjudicado al profesional de la salud por el mero hecho de ejercer su profesión. Ya no consiste solo en otorgar servicios sino en otorgarlos bien. Ya no se trata únicamente de medir la calidad sino de mejorarla continuamente y garantizar al paciente que recibirá los mayores beneficios posibles con los menores riesgos. Y no se trata ya solo de mejorar continuamente y garantizar un nivel adecuado de calidad sino de hacerlo con eficiencia y de manera explícita (Ruelas, 1994).

Estas transiciones nos permiten reflexionar en los servicios de salud para transitar de los conceptos a los hechos. Otro de los elementos que vale la pena revisar es en relación con las diferentes corrientes de calidad, así como sus definiciones y confusiones.

Se ha hecho un esfuerzo importante durante el último decenio por avanzar en aquellas definiciones que permitieran aclarar las confusiones. Veamos en primera instancia los equívocos y las confusiones más frecuentes, y después las definiciones que permitan disiparlas.

Las confusiones

1. Existe un modelo médico y un modelo industrial. Para la atención de la salud el modelo médico es el mejor.
2. Evaluación de la calidad y garantía de la calidad son sinónimos.
3. Evaluación, *monitoreo*, verificación y acreditación son sinónimos.
4. Aseguramiento de la calidad y garantía de la calidad son sinónimos.
5. Aseguramiento de la calidad, calidad total y mejoramiento continuo de la calidad son opciones mutuamente excluyentes para garantizar la calidad.
6. Calidad total es mejor que aseguramiento de la calidad.
7. ¿Reingeniería, una opción para mejorar de calidad?
8. ¿*Benchmarking* es una alternativa para mejorar la calidad?

Las definiciones

Garantía. El primer concepto que debe ser definido es garantía. De acuerdo con el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, “garantizar” significa, entre otras acepciones, “cosa que asegura o que protege contra algún riesgo o necesidad”. En el diccionario Planeta se define como: “responder de la calidad de algo”. Ambas definiciones son totalmente pertinentes a los servicios de salud en los cuales, obviamente, se trata de proteger a los pacientes contra riesgos o necesidades, y por supuesto, es una obligación ética y legal de los profesionales de la salud responder de la calidad de lo que hacen.

De acuerdo con lo anterior y con la ya muy conocida definición de “calidad” propuesta por Donabedian, es posible establecer una definición de garantía de calidad como: “respuesta del servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles”.

Para hacer operable en los servicios de salud la garantía de calidad, se entenderá como el conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de *monitoreo*, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

La definición operacional constituye, en consecuencia, el concepto de gestión de la calidad. En otras palabras, la función de gestión, gerencia o dirección en una organización hacia la calidad está constituida por la forma en la que el directivo decida combinar los diferentes elementos que dan sustento a la definición operacional (evaluación, *monitoreo*, diseño, desarrollo y cambio organizacional). El énfasis que se de cada uno de los elementos definirá diferentes estrategias de garantía de calidad.

Si se enfatiza la evaluación y el *monitoreo* por sobre los otros elementos, se constituye una estrategia de aseguramiento. De manera sintética, el aseguramiento de la calidad se define como el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad. Por lo general, en los servicios de salud, sobre todo en Canadá y los Estados Unidos, esa verificación conduce hacia la acreditación que es la expresión formal del resultado del proceso de verificación con lo cual se confirma el nivel de aseguramiento que se ha alcanzado.

Si hace énfasis en el desarrollo y el cambio organizacional junto con el *monitoreo*, surge como estrategia la calidad total/mejoramiento continuo.

Actualmente resulta ocioso separar ambas estrategias. Sus métodos y filosofías se encuentran ya en perfecta simbiosis. Entre otras cosas, esta estrategia se caracteriza principalmente por fomentar y reconocer la importancia de la participación de todos los miembros de una organización en los procesos de mejoramiento de la calidad, sobre todo mediante el trabajo en equipo; la aplicación de métodos estadísticos y de

La función de gestión, gerencia o dirección en una organización hacia la calidad está constituida por la forma en la que el directivo decida combinar los diferentes elementos que dan sustento a la definición operacional.

análisis de problemas, así como de técnicas para estimular la creatividad; para hacer objetivo este análisis y mejorar los procesos; el reconocimiento de que los procesos deben ser continuos y no esporádicos; y la premisa fundamental que consiste en darle al usuario el valor y la importancia que merece como motivo central del trabajo de todos los miembros de la organización.

Si se hace énfasis en el diseño y el cambio organizacional la estrategia se denomina reingeniería. Esta estrategia consiste en el análisis de procesos pero no con el objetivo de mejorarlos sino de modificarlos radicalmente con objeto de hacerlos más eficientes y de incrementar la calidad de los resultados obtenidos.

Cuando se acentúa el *monitoreo* y se establece un sistema de comparación entre las mediciones realizadas se configura una estrategia de benchmarking, término que se ha traducido como “sistema de información comparativa de referencia”; su propósito es identificar las prácticas que, en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a ser el mejor de entre todos los demás; es decir, se identifica con objetividad quién o quiénes otorgan los servicios de mayor calidad y por qué. Esto constituye un incentivo para que los demás mejoren también su calidad (Ruelas, 1995).

Benchmarking se ha traducido como “sistema de información comparativa de referencia”.

Como podemos observar, existen diferentes corrientes de la calidad en relación con el elemento en el cual se haga énfasis, de manera que es importante saber reconocer situaciones y contingencias en los servicios de salud que permitan aplicar alguna de estas corrientes de calidad.

Una de estas corrientes de calidad es la mejoría continua de la calidad. Se puede aplicar, entre otras formas, a través de un programa. Un programa de mejoría continua (Palencia, 1994) debe contener los siguientes elementos.

- Introducción.
- Justificación.
- Población blanco o beneficiarios del programa.
- Filosofía del programa.
- Enfoque de calidad.
- Objetivos del programa.
- Definición del tiempo total para el desarrollo del programa.
- Metodologías o estrategias generales por utilizar.
- Etapas o distribución del tiempo al interior del programa.

- Definición de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios.
- Organigrama del programa, estableciendo autoridad y responsabilidad.
- Manuales de organización y de procedimientos.
- Sistemas o esquemas de evaluación.
- Identificación de posibles obstáculos para el desarrollo de este programa y definición de posibles estrategias para contrarrestarlos.

Otro de los elementos que conforman el desempeño organizacional es la productividad, la cual será entendida como la relación entre un producto y un insumo. (número de consultas entre el número de médicos; número de consultas entre el índice de morbilidad de una enfermedad específica, etc.).

Productividad será entendida como la relación entre un producto y un insumo.

En los servicios de salud se está transitando de una producción de servicios a una verdadera productividad.

¿A que me refiero con producción de servicios? A la generación de productos sin un denominador, ejemplo: 4 056 consultas en el servicio de la consulta externa, 3 500 cirugías durante el año pasado, pero en realidad no conocemos el impacto de estos procesos.

La eficiencia es el último de los elementos del desempeño organizacional, entendiéndolo por eficiencia; el máximo de beneficios con el mínimo de costos.

En primer lugar es posible que tengamos como objetivo proporcionarle al paciente el mayor beneficio en términos de salud, independientemente del costo monetario. Si la atención resulta excesiva o dispendiosa, se puede pasar por alto, siempre y cuando no existan elementos dañinos que interfieren con el goce del paciente de los mayores beneficios en salud que las ciencias de la salud pueden ofrecerle.

Por supuesto que no podemos darnos el lujo de adoptar una actitud “derrochadora” en la práctica médica. Además, la atención exclusivamente dispendiosa puede asociarse, de alguna manera, con una baja calidad. Implica descuido o incompetencia por parte del médico y, al despilfarrar preciosos recursos, disminuye innecesariamente el acervo de la atención a la salud o de otros servicios (destinados a ese paciente en particular o a otros).

La alternativa más razonable es afirmar que la calidad consiste en alcanzar los mayores beneficios posibles en salud al menor costo. Si se acepta la definición, el *monitoreo* de la atención adquiere dos funciones. La primera es la verificación de la efectividad y la segunda la verificación de la eficiencia.

La efectividad máxima se alcanza cuando se otorga la mejor de las atenciones útiles y se evita toda atención dañina.

La efectividad se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir (en promedio, en pacientes de un tipo especificado) los mayores beneficios posibles en la actualidad. La efectividad máxima se alcanza cuando se otorga la mejor de las

atenciones útiles y se evita toda atención dañina. La efectividad depende básicamente de los conocimientos, juicio y habilidad de los médicos y otro tipo de personal, aunque hay otros factores como la calidad del equipo y la disponibilidad de recursos, que también juegan un papel. En cualquier momento, el límite superior de la efectividad está determinado, por supuesto, por el estado en el que se encuentran la ciencia y la tecnología médicas.

La eficiencia depende de la comparación entre los costos de la atención y sus beneficios esperados. En parte depende de la habilidad de los médicos para seleccionar programas y ejecutar los procedimientos de atención, de tal manera que se evite su desperdicio. Este elemento puede denominarse *eficiencia clínica*, ya que depende, en buena medida, de las habilidades y destrezas de los clínicos.

Un segundo elemento de la eficiencia es el que se denomina *eficiencia en la producción*. En este caso se habla de la eficiencia con la que una institución produce los bienes y servicios que pone a disposición de los médicos. Por ejemplo, las dosificaciones de un medicamento de una calidad similar pueden producirse con mayor o menor eficiencia; la atención de enfermería también producirse más o menos eficientemente, sin cambios en la calidad, utilizando diferentes configuraciones de personal; el hospital, como un todo, será más eficiente si trabaja al máximo o en los límites de su capacidad. Todos estos aspectos del manejo de las instituciones se ven influidos de manera importante por las decisiones administrativas, y mucho menos por las decisiones clínicas. A este tipo de decisiones se les denomina *eficiencia gerencial* (Donabedian, 1990).

Es importante que el directivo de servicios de salud tome en cuenta los elementos del desempeño organizacional, ya que tanto la calidad, como la productividad y la eficiencia nos permiten medir el impacto o efectividad de los servicios que ofrecen las unidades médicas.

Conclusiones

Dentro de los componentes revisados del modelo gerencial, el desarrollo organizacional representa el componente donde podemos determinar el impacto de los servicios o productos que ofrecemos en las unidades médicas.

Dentro de las reformas actuales del sistema de salud, tanto la calidad como la eficiencia juegan un papel importante.

En el futuro, la asignación de presupuestos y de incentivos tendrán que estar muy relacionados con los tres elementos del desarrollo organizacional (calidad, productividad y eficiencia). Tenemos que tomar en cuenta que el futuro puede ser, para muchos contextos, el hoy.

El siguiente cuadro le será útil como guía para analizar las variables del desempeño organizacional.

Figura 1				
Cédula de análisis sobre las variables del desempeño organizacional				
Componente	Variable	Subvariable	Indicador	Parámetro
Desempeño organizacional	Calidad	Técnica		
		Interpersonal (Humana)		
		Amenidades		
	Productividad	Insumo		
		Productos		
	Eficiencia	Resultados		
		Costos		

Bibliografía

Donabedian. (1990) *Evaluación de la Calidad Médica*. Prensa Médica Mexicana. México.

_. (1990) *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: Un Texto Introductorio*. Perspectiva 10 en Salud Pública. INSP.

Oviedo A J. *Factores que Afectan la Demanda de los Servicios de Salud en los estados PASSPA*. Cuadernos de Divulgación. PASSPA/BANCO MUNDIAL

Ruelas y Col. (1993) *Situación Actual en el Campo de la Atención a la Salud*. Doc. Mimeografiado. ESPM/INSP. México.

Ruelas E. (1994) *La Necesidad de la Calidad*. Calidad de la Atención a la Salud. Editorial. Volumen 1, Número 1. Julio.

_. (1995) *Confusiones y Definiciones*. Calidad de Atención a la Salud. Editorial. Volumen 2, Número 3, Febrero.

Palencia M. (1994) *Taller de Mejoría Continua de la Calidad para Directivos Hospitalarios*. ESPM/INSP. México.

SSA. (1990) *Evaluación de la Calidad*. Documento Normativo. México.

Tema 4. La ética del gerente de servicios de salud. Los valores y principios éticos en las actividades gerenciales en los servicios médicos

Por Guillermo Fajardo Ortiz

Resumen

Cada día es más evidente la importancia y participación de los valores y principios éticos en las prácticas gerenciales en los servicios de salud, en particular en la toma de decisiones, actividad fundamental de gerentes, directores, jefes y administradores, la que debe estar orientada a la búsqueda y logro de la calidad de la atención, aceptando en forma consciente el contenido ético de las estructuras, procesos y resultados de la toma de decisiones.

El presente tema se refiere a las significaciones, bases y comportamientos éticos de los gerentes de servicios de salud en la toma de decisiones. A continuación se exponen cuatro aspectos inconclusos: (1) ética, (2) conductas gerenciales, (3) valores y principios éticos y (4) toma de decisiones y habilidades gerenciales en los servicios de atención a la salud.

Tema 4. La ética del gerente de servicios de salud. Los valores y principios éticos en las actividades gerenciales en los servicios médicos

Por Guillermo Fajardo Ortiz

Algo sobre ética

La ética es la parte de la filosofía moral que trata de establecer qué es lo correcto o incorrecto y lo bueno o malo, tanto en lo individual como en las relaciones con los hombres; su campo de estudio es el acto moral; en el caso de la gerencia de los servicios de salud el acto es la toma de decisiones del directivo, acción que debe realizarse libremente, sin coerción, con conocimiento de su utilidad y resultados, asumiendo las responsabilidades según los dictados de la conciencia ética; da lugar a satisfacciones e insatisfacciones de los gerentes y de otras personas, no debe olvidarse que las posiciones gerenciales están sujetas a escrutinios de todos —los usuarios internos y externos—. La ética en la actividad gerencial debe significar responsabilidad, ser responsable de los resultados y las consecuencias previsibles de las propias determinaciones y decisiones.

La ética en la actividad gerencial debe significar responsabilidad, ser responsable de los resultados y las consecuencias previsibles de las propias determinaciones y decisiones.

Para algunos gerentes de los servicios de salud la ética suele ser incómoda, inaceptable y aparentemente subjetiva, contraria a las normas, productividad y eficiencia. Algunos gerentes rehuyen referirse o recurrir a la ética, porque parece calificar sus actos y decisiones de consideraciones que no solo les son ajenas, sino que aparentemente se oponen a una gerencia técnica y profesional. Hay resistencia a la utilidad de la ética por ignorancia, escepticismo, indiferencia o posiciones dogmáticas, confundiendo, en ocasiones, a la ética con adoctrinamientos o religión; sin embargo, debe quedar claro que el gerente de los servicios de salud no se puede escudar en ciertas características de la gerencia para rechazar la ética.

Comportamientos y anticomportamientos gerenciales. Posiciones filosóficas

Los comportamientos gerenciales son las conductas de los directivos ante la dinámica administrativa, son manifestaciones determinadas y accionadas por un conjunto de impulsos psíquico-biológico-sociales, vinculados con la proyección emocional de cada individuo -gerente-, siendo poliformas, cambiantes. En las instituciones de salud, cuando las conductas gerenciales convergen con las prácticas y necesidades administrativas, las posibilidades de obtener mejores y más beneficios se incrementan, cuando los comportamientos gerenciales no están acordes con la problemática administrativa, la falta de habilidades, conocimientos y actitudes directivas se hace manifiesta; en otros

términos, las conductas gerenciales se refieren a las formas adoptadas por los directivos para evadir o poseer poder y responsabilidades -toma de decisiones-; no se deben confundir con actos irreflexivos y no objetivos.

En la actualidad se pueden considerar cinco grandes conductas gerenciales: regulada, productiva, reactiva, empática y apática, que en la práctica se sobreponen. A continuación se presentan, resaltándose sus características principales.

Los gerentes con rasgos de **comportamiento regulado** tienden a buscar la organización y estructuración; se basan en los reglamentos, manuales y contratos de trabajo, cuidan de que las actividades se realicen en el orden establecido y los resultados sean conforme a las normas; cuando recurren a la tecnología informática establecen controles centralizados, valorando poco el entorno, aunque esté cambiando. El gerente con expresiones de conducta regulada desvalora su liderazgo ético cuando permite que normas, reglas y actividades sean inoperantes u obsoletas, actúa con paternalismo autoritario o como «robot», sin el mínimo sentido común, valorando más la lealtad que la productividad; suele no reconocer que es necesario mantener la confianza y fe del personal de acuerdo a la misión del organismo.

El gerente con expresiones de conducta regulada desvalora su liderazgo ético cuando permite que normas, reglas y actividades sean inoperantes u obsoletas.

Los directivos con rasgos de **conducta productiva** tienden al pragmatismo, se orientan hacia los resultados, el alto rendimiento, la productividad y la efectividad: número de atenciones prestadas, casos complicados, búsqueda de la gestión y aseguramiento de la calidad, evitan la pasividad, desean que las actividades principien sin preámbulos; se interrogan acerca del por qué de los recursos, servicios y acciones, buscan la relación favorable de costo-beneficio, se preocupan por encontrar la información necesaria, se apoyan en las computadoras, están de prisa, se autovaloran por la intensidad de sus labores. Prefieren y gustan de estar en los lugares de los hechos, si es posible efectuando los trabajos y resolviendo los problemas de otros; son propensos al centralismo, y aislamiento, no suelen delegar, ni enseñar, no forman equipo de trabajo, su personal inmediato realiza actividades muy secundarias. El gerente productivo se aparta de la ética cuando deja que su organización se ocupe solo de resultados, no valorando al personal, ni el desempeño del mismo; suele aducir: el fin justifica los medios.

El gerente productivo se aparta de la ética cuando deja que su organización se ocupe solo de resultados.

Los directivos con **expresiones reactivas** se caracterizan por posiciones visionarias estratégicas, creativas, rapidez en las decisiones, los cambios internos y externos son retos para recurrir a otros recursos y servicios -*marketing, benchmarking, empowerment*-, se apoyan en el internet, aceptan riesgos, se basan más en las expectativas que en la realidad; están innovando, esperan que sus seguidores lleven a la práctica sus ideas, implementan poco, suelen no terminar o *monitorear* muchos de sus proyectos gerenciales debido a sus múltiples cambios y actividades. El gerente reactivo de los servicios de salud pierde el sentido ético al querer innovar todo, y nada innovar o concluir, sin tomar en cuenta resultados, tiempos y costos de personal y de otro tipo.

Los directivos con **manifestaciones empáticas** son reflexivos, se orientan a satisfacer las necesidades de los usuarios externos e internos, los tratan como activos de los servicios de salud, buscan trabajar en equipo, motivan el logro, sus herramientas son la

educación y la capacitación, el recurso es la gente, además les interesan los procesos y los resultados, buscan sinergia y la convivencia, evitan fricciones, se basan en el diálogo y motivación, tratan y obtienen información para resolver problemas, forman organizaciones bien adaptadas al cambio, son «*team leaders*»; su gestión es sagaz, entienden y superan los resultados adversos. Este tipo de gerente dejará atrás la ética cuando escuchan y estructuran permanentemente pero no actúan, ni implantan.

Los directivos con **conducta apática** dominante pretenden persistir en su puesto en cuenta regresiva hasta su retiro o jubilación, no entienden la cultura de su organización, no tienen ni preparación ni entusiasmo para el desempeño de sus labores; su liderazgo es muy pobre, a nadie dirigen, son indiferentes ante el personal y problemas; no motivan. Desarrollan buenas relaciones con mandos superiores, políticos o académicos, muchas veces ajenos a la organización. Las decisiones son tardías o hay incapacidad resolutive. El director apático es peligroso, contamina a otros niveles que renuncian a realizar actividades en la organización, pero permanecen en la misma, dando lugar a descomposiciones administrativas. Este directivo en su comportamiento carece de ética.

El director apático es peligroso, contamina a otros niveles que renuncian a realizar actividades en la organización, pero permanecen en la misma, dando lugar a descomposiciones administrativas.

Determinar cuáles conductas gerenciales son o no éticas es un tema con muchas facetas; hay varias escuelas filosóficas que orientan al respecto;

1. **Escuela teleológica.** Un acto (gerencial) es ético si da lugar a los resultados y consecuencias previstas.
2. **Escuela del egoísmo superior.** Una conducta (gerencial) es ética si satisface al máximo los intereses personales (gerenciales) y los de otras personas.
3. **Escuela del utilitarismo.** Un comportamiento (gerencial) es ético cuando beneficia a un gran número de personas.
4. **Escuela deontológica.** Una acción (gerencial) es ética si se basa en los principios éticos y hay respeto para todos.
5. **Escuela del relativismo.** Un hecho (gerencial) es ético si el actor (gerente) y sus colaboradores cercanos determinan que está acorde con las normas éticas.

Cuando los gerentes de los servicios de salud valoran más su puesto en cuanto a prestigio, bien personal y jerarquía, que la utilidad para los usuarios externos e internos, su puesto decae en competencia e idoneidad, se apartan de la ética.

La presentación de los comportamientos gerenciales ha tenido como propósito distinguir a los directivos en relación a lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, la obligación y el deber de sus actividades.

En nombre de los valores y los principios éticos

Los valores éticos son interpretaciones axiológicas, determinan las conductas (gerenciales), prefiriendo unos comportamientos sobre otros; dichas interpretaciones

se convierten en la práctica en normas, ideas y acciones -recursos, prioridades, servicios y prioridades-. La integridad, la transparencia, la honestidad, la honradez, la lealtad, la cortesía, la responsabilidad y el respeto son ejemplos de valores. En la gerencia de la atención a los servicios de salud los valores éticos se basan en los siguientes principios éticos: **autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.**

Se entiende por autonomía la capacidad de actuar pensar y decidir libre e independientemente; en la gerencia de servicios de salud significa proceder conscientemente, asumiendo las consecuencias.

El término **beneficencia** se refiere a hacer el bien a otras personas; en su aplicación en la gerencia de servicios de salud es necesario tener en cuenta: (1) el respecto a la autonomía de usuarios internos y externos, (2) las repercusiones institucionales, personales, familiares y sociales, sin olvidar la no maleficencia, y (3) los deseos, necesidades y derechos de otras personas, aspectos que deben conciliarse con el principio de la justicia.

La **no maleficencia** desea no dañar a otras personas; en los aspectos gerenciales de los servicios de salud se debe considerar el contexto de los otros principios: beneficencia, autonomía y justicia.

La **justicia** implica equidad, en el terreno de la gerencia de servicios de salud conlleva la distribución de los escasos recursos y servicios.

Los valores y principios éticos tienen raíces culturales, en especial familiares y escolares, determinados por el entorno socioeconómico, político, religioso y educativo; dan origen a las pautas de comportamiento de los gerentes.

En la gerencia de servicios de salud, el engaño, el secreto, la manipulación, la indolencia, la corrupción, el abuso de autoridad, los beneficios indebidos, la protección a incapaces, los fraudes, las negligencias, la falta de respeto, la deshonestidad y la deslealtad son obstáculos a la ética, cuestionándola y dando lugar a diferente tipo de *déficits*.

Los valores y principios éticos se presentan en las conductas humanas (gerenciales), se expresan como intenciones, resultados o consecuencias; así las acciones que los hombres (gerentes) reconocen como suyas, efectuadas consciente y libremente, a las que se les puede atribuir responsabilidad caen al terreno de la ética.

En la gerencia de los servicios de salud los valores, principios y comportamientos éticos constituyen parte importante de su cultura organizacional, orientan hacia la calidad, la oportunidad, la eficacia y la eficiencia de la atención médica, además de la competitividad en general.

Los valores, principios y comportamientos éticos de los gerentes se relacionan con sus habilidades: técnicas, humanísticas y conceptuales; las primeras se refieren a las destrezas para utilizar los procedimientos, técnicas y conocimientos administrativos; las segundas son las destrezas para trabajar con y por otros, entendiéndolos y

En los aspectos gerenciales de los servicios de salud se debe considerar el contexto de los otros principios: beneficencia, autonomía y justicia.

Los valores, principios y comportamientos éticos de los gerentes se relacionan con sus habilidades: técnicas, humanísticas y conceptuales.

motivándolos, y las terceras es la pericia para coordinar e integrar todas las actividades e intereses de la organización.

El asunto ético en la toma de decisiones en los servicios de salud y las habilidades gerenciales

Las actividades gerenciales en los servicios de salud son heterogéneas, complejas y necesarias, están afectadas no solo por los valores, principios y comportamientos éticos y habilidades de los gerentes, sino también por un contexto compuesto de factores entremezclados que representan intereses de pacientes, autoridades superiores, personal y de la sociedad, a continuación se relacionan algunos:

- Disponibilidad de recursos humanos (conocimientos), materiales, financieros, técnicos, etc.
- Misión, normas y costumbres de autoridades y organismos administrativos, políticos, sanitarios, técnicos, etc.
- Intereses de usuarios internos y externos.
- Condiciones laborales.
- Actitudes y percepciones de la comunidad y sus líderes.
- Características del ambiente socio-cultural (globalización) y bioética.
- Desarrollo de la ciencia y la tecnología.
- Prácticas médicas, normas de atención médica y bioética.
- Información conocida y utilizada.
- Medios de comunicación.

Los gerentes de los servicios de salud deben tomar decisiones racionales, comprometidas y responsables, basándose en información, diagnósticos del problema, evaluaciones integrales de las posibles soluciones e implantación y *monitoreo* de las decisiones; proceso en el que hay que tener presente los factores enlistados. En la práctica hay restricciones y riesgos para las buenas decisiones, las limitaciones se refieren, entre otras, a tiempo, disponibilidad de recursos, información incompleta, capacidad cognitiva y una red intrincada de realidades, suposiciones y probabilidades, hay otras barreras como: impredecibilidad de los ambientes de los servicios de salud y desde luego la participación de factores emocionales del tomador de decisiones; así las decisiones se toman con cierto grado de riesgo y racionalidad acotada; debe quedar claro que la ética en la gerencia de servicios de salud en la toma de decisiones no proporciona respuestas específicas, absolutas; y de que la ética del gerente de servicios de salud refleja supuestos conscientes o inconscientes explícitos o implícitos en cuanto a libertad, justicia y equidad.

La ética del gerente de servicios de salud refleja supuestos conscientes o inconscientes explícitos o implícitos en cuanto a libertad, justicia y equidad.

Los gerentes confrontan una gama de problemas relativos a:

- Manejo de conflictos y negociación.
- Logística de servicio.
- Presupuestación financiera para la planeación y el control.
- Gestión y control estratégico de costos.
- Aseguramiento de la calidad.
- Manejo de sistemas de información para la toma de decisiones.

A manera de conclusión

Los juicios valorativos deben formar parte de la dinámica gerencial de los servicios de salud. La ética en la gestión de la atención a la salud tiene como propósito desarrollar y practicar una conciencia en cuanto a lo bueno y lo malo, y lo deseable y lo indeseable en la toma de decisiones, las que deben buscar la calidad basándose en los principios de autonomía, beneficencia, no mefificencia y justicia.

Bibliografía

Carson K D, Carson PP, Roe C W. (1994) *Management healthcare organizations*. Southwestern College Publishing. Cincinnati, Ohio.

De Ville J. (1985) *The psychology of leadership. Managing resources and relationships*. New American Library. New York and Scarborough, Ontario.

Fajardo-Ortiz G. (1990) "El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica". Rev. Med. IMSS. Vol. 28.

Handy Ch B. (1984) *Understanding organizations*. Penguin Books Ltd. Great Britain.

Moss Kanther R. (1990) *Las nuevas fronteras de management*. Editorial Paidós. Madrid, España.

Sánchez Azcona J. (1998) *Ética y poder*. Porrúa. México.

Sánchez - Vásquez A. (1987) *Ética. Tratados y manuales*. Grijalbo, México.

Stob E. (1980) *Ethical Reflections: essays on moral themes*. Wm. B. Eedmans Publishing Co. USA.

Thompson J B, Thompson H O. (1984) *Ética en enfermería*. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. México, D. F.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

SEGUNDA ACTIVIDAD

(Ejercicio individual)

De acuerdo con la información revisada en los temas de este módulo, desarrolle los siguientes puntos:

- 1) Enuncie los elementos que conforman el modelo para el análisis organizacional y en que consiste cada uno de ellos.
- 2) ¿Cuáles son las habilidades con las que debe contar un gerente de servicios de salud para desarrollar sus actividades en forma eficiente?
- 3) Congruente con el modelo de análisis del proceso gerencial ¿Cuáles son las estrategias dentro del desempeño organizacional que se aplican con mayor frecuencia en su institución?, ejemplifique cada una de ellas. Utilice la cédula de análisis para el diseño organizacional.
- 4) ¿Cuáles son los componentes que usted identifica en la supraestructura de su institución?
- 5) ¿Cuáles son los principales objetivos de la conformación del organigrama?
- 6) ¿Cuáles son los principales criterios que se establecen para la división del trabajo en su institución?
- 7) Desde su perspectiva ¿cuáles serían los elementos de la infraestructura que requieren mayor atención y por qué?
- 8) ¿Cuáles son los elementos dentro del desarrollo organizacional que su juicio y con lo aprendido en este módulo, requieren de mayor atención? Utilice la cédula del desarrollo organizacional, ejemplifique cada uno de ellos.
- 9) ¿Cuáles son los componentes del desempeño organizacional factibles de mejorar? Utilice la cédula del desempeño organizacional para identificarlo.

Extensión máxima: cuatro páginas.



Módulo 3. Modelos de evaluación del desempeño

INTRODUCCIÓN

La evaluación del desempeño en las instituciones de salud nos permite, sin duda, conocer los resultados y el impacto de los servicios que otorgan las unidades médicas, en relación con los componentes ya analizados en el módulo anterior. De esta manera, se cumple la premisa de los servicios de salud en el sentido de que “la calidad de los servicios de salud se mide en el desempeño organizacional pero se entiende en el diseño y en el desarrollo organizacional”. No debemos olvidar que la evaluación del desempeño nos permite generar indicadores de medida o de evaluación. El desempeño organizacional está conformado por tres elementos básicos, también ya referidos: la productividad, la eficiencia, y la calidad de la atención médica. Podemos definir la productividad como la relación entre un insumo y un producto, por ejemplo; número de consultas, intervenciones quirúrgicas, atención de partos, etc.

La eficiencia se refiere a los costos de la atención con relación a los beneficios obtenidos e incluye a su vez la eficiencia clínica y eficiencia en la producción. La primera considera el uso adecuado y preciso de los recursos disponibles para resolver un problema de salud; en buena medida depende de las habilidades y destrezas de los clínicos. La eficiencia en la producción se refiere a la disposición de recursos humanos, materiales y financieros con los que cuenta la institución para que se otorguen los servicios.

La calidad, es definida por A. Donabedian como: “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar los máximos beneficios posibles en salud” y señala que deben lograrse al menor costo posible y con el menor riesgo para el paciente.

Salta a la vista cómo en esta definición está inmerso el concepto de eficiencia. Sin lugar a duda, que la aplicación de estos conceptos conlleva el beneficio de una adecuada producción. Es por eso que la evaluación de la calidad es el eje en la evaluación del desempeño y será el principal aspecto a abordar en este módulo.



OBJETIVO

- Analizar las estrategias operativas que permitan evaluar la calidad de los servicios y a través de ello el desempeño organizacional

PALABRAS CLAVE

Calidad de la atención
Cliente externo
Cliente interno
Eficiencia
Estructura

Garantía de la calidad
Indicadores de calidad
Proceso
Productividad
Resultado

TEMAS

1. Calidad de la atención en servicios de salud
2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño
3. *Monitoreo* y evaluación de servicios de salud basado en indicadores de calidad

Autora de todos los temas: Hilda Reyes Zapata

Tema 1. Calidad de la atención en servicios de salud

Por Hilda Reyes Zapata

Resumen

No hay duda que buscar mejorar la calidad en los servicios es un compromiso ineludible de las instituciones de salud, para ello existen diversos referentes. Se señala el aspecto técnico y el interpersonal como dimensiones prioritarias para apreciar la calidad; al igual que la estructura, el proceso y los resultados como componentes básicos para evaluar y mejorar la calidad.

La influencia de los enfoques industriales ha sido un insumo importante para mejorar la calidad en salud destacándose la importancia de la gerencia y la atención centrada en los usuarios para ese propósito.

En este tema se presentan algunos modelos, diseñados por diversos autores, tendientes a mejorar la calidad de los servicios.

Tema 1. Procesos de la reforma sectorial, evaluación y seguimiento

Por Hilda Reyes Zapata

De acuerdo con el diccionario de la lengua española, la palabra calidad proviene del latín *qualitas*, *-atis* y significa “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”¹. Esta definición además de proporcionar un significado común, posibilita calificar a la calidad y ubicarla en distintos niveles en relación a un referente.

En salud, una de las definiciones más reconocidas de calidad de la atención es la enunciada por A. Donabedian, quien establece que la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos; la define como “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”²; asimismo, el autor destaca la importancia de lograr todos los beneficios posibles de la atención médica, de exponer a los pacientes a los menores riesgos y de considerar el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio; a la vez, la importancia de buscar que esos máximos beneficios se alcancen al menor costo.

Calidad es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

El mismo autor hace referencia a tres enfoques útiles para evaluar la calidad: la estructura, el proceso y el resultado. En la estructura engloba a los atributos materiales y organizacionales de los lugares donde se proporciona la atención; en el proceso se incluye todo lo que los proveedores hacen por los usuarios de los servicios y la habilidad con que lo hacen; considera en este rubro lo que los propios usuarios hacen por ellos mismos. Los resultados incluyen los cambios que se obtienen en la salud derivados del servicio otorgado, buenos o malos; del mismo modo se consideran resultados del conocimiento que se genera durante la atención y la satisfacción del usuario. Diversos autores coinciden básicamente en esos enfoques para evaluar la calidad.

Ejemplos de aspectos que corresponden a estos enfoques son:

Estructura: personal capacitado, estetoscopios, estuches de diagnóstico, canales de comunicación, líneas de control, definición de responsabilidades, etc.

¹ Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996, p. 257.

² Donabedian, A. Temayedis, *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio*, Instituto Nacional de Salud Pública, Serie Perspectivas en Salud Pública, México, D. F., 1990, p. 12.

Proceso: diagnóstico, la prescripción médica, la exploración física, una intervención quirúrgica, el paso de visita médica, la revisión del expediente clínico, etc.

Resultados: curación, muerte evitable, iatrogenias, secuelas, el aprendizaje de los usuarios respecto a su autocuidado pero derivado de lo aprendido en la institución de salud, el aprendizaje de los médicos en formación respecto a cómo realizar la exploración física, etc.

De esa concepción se desprende la necesidad de reconocer que para dar atención de alta calidad debe haber recursos suficientes para apoyar el tipo de servicio que se otorga, sin dejar de ver que su incremento no necesariamente va a relacionarse con la mejora de la calidad. Un aumento de recursos debe estar primeramente acorde con los propósitos institucionales, corresponder a la capacitación del personal y con la definición de procesos de atención previamente establecidos. No olvidar que el mal uso de recursos puede ir directamente en detrimento de la calidad, tal es el caso de solicitar innecesariamente estudios invasivos. Un ejemplo puede ser la realización de laparoscopias, que no estando indicadas solo aumentan los riesgos para los usuarios innecesariamente.

Por otra parte, es necesario un diseño organizacional adecuado para otorgar servicios de salud de alta calidad; es evidente que si existe una inadecuada definición de autoridad; indefinición de responsabilidades; problemas de comunicación, de coordinación o de control, impactarán de manera negativa en la calidad de los servicios.

Es pertinente señalar que en relación con los enfoques mencionados, el proceso se relaciona más directamente con la calidad del servicio, es ahí donde se originan primeramente los resultados que se derivan de la atención, por lo que dirigir esfuerzos que aseguren que el personal de salud realice los procesos que le corresponden de la mejor manera posible, contribuye, en mayor medida, a garantizar una buena calidad de atención. Por ello, hacer énfasis en el *monitoreo* de dichos procesos, asegura prevenir y detectar oportunamente problemas que podrían generar resultados negativos para la salud.

El proceso se relaciona más directamente con la calidad del servicio, es ahí donde se originan primeramente los resultados que se derivan de la atención.

Sin embargo, con frecuencia los proveedores de servicios justifican la mala calidad de la atención por falta de recursos, sin haber revisado la calidad de sus procesos de atención.

También Donabedian señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los(as) proveedores(as) de servicios y los(as) usuarios(as) de los mismos.

Un aspecto que el autor destaca es que el personal de salud suele darle más importancia al aspecto técnico, mientras que los usuarios suelen dárselo a la relación interpersonal; hay que reconocer que ambos aspectos son fundamentales para dar un servicio de elevada calidad. Los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención

eficaz, eficiente y efectiva y, no hay duda de que una buena relación proveedor-usuario, cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de usuarios y de proveedores.

Por parte de los proveedores de servicio, la relación con los usuarios, debe sustentarse en principios éticos como son el respeto a las personas, el de beneficencia y el de justicia, mismos que rigen los estudios biomédicos y del comportamiento³.

- Sobre la base del principio de respeto se reconoce y acata la autonomía de las personas y se protege a las que no tienen suficiente capacidad de autodeterminación; tal sería el caso de niños muy pequeños, de retrasados mentales y de personas muy enfermas cuyo estado de conciencia estuviera perdido.
- La **beneficencia** conlleva no causar perjuicio y dar los mayores beneficios posibles; este principio corresponde a la máxima hipocrática y es fundamento de la ética médica; asimismo, coincide con el postulado de calidad de Donabedian, relacionado con dar los mayores beneficios con los menores riesgos posibles.
- La **justicia** está directamente relacionada con los derechos de las personas y la equidad: dar a cada persona lo que le corresponde o pertenece.

Estos principios en las relaciones humanas y en cualquier prestación de servicios con frecuencia son violados en las instituciones de salud, manifestándose no solo una falta de ética sino una mala calidad del servicio. Podemos encontrar ejemplos de estas violaciones cuando no se considera que las personas que reciben la atención no pueden tomar decisiones respecto a sus propios cuerpos y el personal de salud decide por ellos y realiza intervenciones quirúrgicas o realiza procedimientos sin pedir su autorización (ejemplo: ligaduras de trompas, aplicación de dispositivos intrauterinos, etc). Estas situaciones se pueden ver donde se atiende población de muy bajos recursos económicos o en áreas rurales.

En el caso de la beneficencia, se viola cuando sin justificación alguna se realizan procedimientos o intervenciones médicas o quirúrgicas que incrementan los riesgos de los usuarios, pero se efectúan por ignorancia médica o por obtener un mayor ingreso económico o incluso por realizar prácticas médicas que capaciten al personal en formación.

Se viola el principio de justicia, por ejemplo, cuando se da mejor atención a las personas de mayores recursos económicos que a los pobres o indígenas. En nuestro

³ Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento, "Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas", En Careaga, G., Figueroa, J. G. y Mejía, M. C. (comps), *Ética y Salud Reproductiva*, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM/Miguel Ángel Porrúa, México, D. F., 1996, pp. 423-440.

medio, incluso se puede identificar una medicina “de primera” cuando se trata de la consulta privada de los médicos o enfermeras, donde estos adquieren mejor remuneración económica; pero cuando se trata de que esos mismos médicos o enfermeras den atención en instituciones públicas se califica la medicina como “de segunda”. Estas violaciones se dan en situaciones de pobreza, por discriminación étnica o incluso de género.

Los principios mencionados deben inculcarse a todo el personal de salud en formación y estar presentes también en la relación institución-proveedor de servicios para contribuir, de esta forma, al incremento de la satisfacción del personal de salud —aspecto fundamental que debe propiciarse—, la que sin duda determina de manera importante el nivel de calidad de la atención brindada.

En adición a la perspectiva sobre la calidad de la atención a la salud expuesta en los párrafos anteriores, en las últimas décadas se han tomado en consideración estrategias provenientes de la industria para mejorar la calidad de los servicios, fundamentalmente a partir de autores tan importantes como Deming⁴, Jurán⁵ e Ishikawa⁶ y algunos elementos de otras estrategias como el *Benchmarking*⁷ e incluso la reingeniería. De esos enfoques se desprende una máxima muy reconocida en la industria y aceptada ya en servicios de salud: “no se puede mejorar lo que no se controla; no se puede controlar lo que no se mide, no se puede medir lo que no se define”.

Esas influencias han propiciado, en los servicios de salud, apreciar la satisfacción del usuario(a) como un elemento fundamental para evaluar la calidad y, más aun, centrar la prestación de servicios en ellos de manera tal que se satisfagan las expectativas de las personas que reciben la atención. En ese orden de ideas se consideran como usuarios a dos tipos de personas, los usuarios o clientes externos y los internos.

Los usuarios o clientes externos corresponden a las personas que reciben los servicios de salud o sus beneficios y no forman parte de la organización; en nuestro medio son más conocidos como “pacientes” (término poco afortunado, por la pasividad que implica) y la comunidad en general a la que se otorgan dichos servicios. Ambos, “pacientes” y comunidad, constituyen la razón principal por la cual existen las instituciones de salud.

Ambos, “pacientes” y comunidad, constituyen la razón principal por la cual existen las instituciones de salud.

Los usuarios o clientes internos forman parte de la organización, son personas o grupos de personas que reciben un servicio o resultado del trabajo de otra persona o área de la misma organización para cumplir con sus funciones dentro de la institución de salud. Por ejemplo, el médico es usuario interno del laboratorio ya que los estudios clínicos que procesa este último son insumos para los procesos diagnósticos que realiza

⁴ Deming, W. E., *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

⁵ Jurán, J. M. *Jurán y el liderazgo por la calidad. Un manual para directivos*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.

⁶ Ishikawa, K., *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*, Editorial Norma, Bogotá, 1986

⁷ Spendolini, M. J., *Benchmarking*, Ediciones Norma, Bogotá, 1994.

el médico; los servicios asistenciales son clientes internos de las áreas administrativas, donde se adquieren los recursos materiales o tecnológicos que apoyan la atención a la salud, etc.

También los enfoques industriales han recalcado la importancia de la participación de todos los miembros de la organización para poder garantizar la calidad de los servicios, del “trabajo en equipo”; asimismo, han destacado la necesidad de contar con una gerencia que tome realmente el liderazgo en cuanto a las estrategias para la mejora continua de calidad e impulse el trabajo en equipo.

Desgraciadamente, en muchas instituciones de salud no se atienden estas consideraciones y se cree que basta tener excelentes médicos u otro personal de salud o tecnología de punta para dar una atención a la salud de alta calidad, y se descuida el impulso a la conciencia de grupo y a la participación multidisciplinaria, aun para desarrollar aspectos administrativos tales como la planeación de la adquisición de recursos. En una palabra, se descuidan aspectos que favorecen el “ponerse la camiseta” del equipo institucional y mantenerla puestas.

Por otro lado, vemos en esas mismas instituciones que el tema de la calidad de los servicios solo se aborda por parte de los directivos en lo retórico y no en una clara definición de políticas que encausen estrategias tendientes a mejorar la calidad de los servicios. Incluso ellos mismos llegan a impedir o limitar las estrategias ya existentes o las que se establecen por iniciativa de mandos medios y personal operativo. Todos los que han estado como responsables o inmersos en programas de mejora de la calidad saben que ningún programa de esta índole prospera sin el compromiso real de las autoridades de la institución.

Respecto a la satisfacción de los usuarios externos, es importante destacar que debe obtenerse como resultado de un proceso de atención adecuado, en donde la aplicación de los aspectos técnicos se haya cumplido plenamente y la relación interpersonal se haya basado en los aspectos éticos antes descritos. Se subraya esto porque algunas personas que se anuncian como profesionales de la salud solo hacen énfasis en el trato cortés sin aplicar los aspectos técnicos de manera adecuada, con el único fin de obtener una remuneración económica; en este caso la relación interpersonal está violando los principios citados, ya que parte del engaño y la manipulación.

Es necesario también tener siempre presente, que otorgar servicios de salud implica, más que en cualquier otro tipo de servicios, una interacción muy humana, donde los usuarios se encuentran en situaciones particulares; viven un mayor nivel de dependencia hacia el personal de salud, fundamentalmente por la carencia de información y de conocimientos de aspectos médicos, lo que también los coloca en una desigualdad de poder, donde el proveedor de servicios de salud tiene el saber y por tanto el control y el poder. Frecuentemente las personas acuden a las instituciones de salud o a los consultorios con un estado anímico particular, sobre todo si existen problemas de salud, lo que conlleva diversos grados de preocupación o angustia, inseguridad, incertidumbre, ansiedad, tristeza, etc.

Estas emociones se agravan por el trato que el personal de salud da con frecuencia a las usuarias, despersonalizado e indiferente; las personas se transforman en un número

En muchas instituciones se cree que basta tener excelentes médicos u otro personal de salud o tecnología de punta para dar una atención a la salud de alta calidad, y se descuida el impulso a la conciencia de grupo y a la participación multidisciplinaria.

de cama o de expediente, o en una enfermedad (la señora de la cama 20, el señor del cáncer o la paciente de la histerectomía, etc.). La respuesta a dicho trato varía, dependiendo de sus características personales, fundamentalmente sociales y culturales; en ocasiones la respuesta puede ser agresividad o exigencia hacia el personal de salud, pero la mayoría de las veces, sobre todo en instituciones públicas donde se atiende a personas de bajos recursos, la respuesta es de sometimiento, ante su impotencia y necesidad del servicio.

Los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas, sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas en relación a sus servicios, por el mismo tipo de procedimientos médicos o quirúrgicos que deben realizar, con frecuencia por el involucramiento que tienen con los usuarios y en muchos casos, falta de reconocimiento a su labor realizada. Todo esto influye en su estado anímico y se propicia agresividad o bien indiferencia hacia las personas que reciben su atención; por otro lado, no es infrecuente encontrar desmotivación en el personal de salud redundando, todo ello, en la calidad de la atención.

Es pues importante reflexionar sobre el aspecto humano que caracteriza los servicios de salud, fundamentalmente en las instituciones de servicio público y establecer mecanismos que permitan detectar las fallas y subsanarlas oportunamente.

La aplicación de encuestas, el trabajo con grupos focales, la presencia de buzones de sugerencia y quejas o cualquier otro medio para tener información de parte de los usuarios y del personal de salud, cobra en este sentido una mayor importancia, ya que permiten conocer sus opiniones, sus necesidades y demandas hacia la institución de salud y da la pauta para incorporarlas como elementos clave para el mejoramiento de la calidad de los servicios.

Estas estrategias cobran cada vez más vigencia para mejorar la calidad de la atención que se brinda en las instituciones de salud, sumadas a diversas acciones tendientes a garantizar la calidad de los servicios que se otorgan. Para ese propósito, Ruelas y cols⁸ propusieron un modelo de gestión de la calidad que incluye cinco elementos fundamentales: el *monitoreo*, la evaluación, el diseño, el desarrollo y el cambio organizacionales.

Si bien estos aspectos han sido abordados en el módulo II, es conveniente recordarlos en una breve recapitulación.

El *monitoreo* se refiere a la medición sistematizada de una o más variables durante períodos establecidos y con frecuencias determinadas.

La *evaluación*, entendida como la determinación del grado en que una o más variables que han sido medidas, corresponden a los estándares establecidos. Nos habla de comparar

⁸ Ruelas, E, Reyes-Zapata, Vida, L. Zurita, B, Círculos de Calidad como estrategia de un programa de calidad del Instituto Nacional de Perinatología, Salud Pública de México, 32, 207-220.

lo alcanzado con lo planeado, sin dejar de revisar las acciones que se hicieron para obtener los resultados observados.

El **diseño organizacional** es visto como la combinación de elementos de la estructura organizacional que tienden a asegurar el desempeño adecuado de la organización, tales elementos son:

- Asignación y distribución de autoridad.
- Definición de responsabilidades.
- Mecanismos de coordinación y comunicación.
- Nivel de coordinación y formalización de los procesos.
- Mecanismos de control.
- Tipos de incentivos.

El **desarrollo organizacional** consiste en el establecimiento de estrategias educativas que permitan a las personas que trabajan en una organización reconocer:

- Los objetivos propios.
- Los objetivos institucionales.
- La importancia del trabajo propio y de los demás para el logro de ambos tipos de objetivos.
- La importancia del trabajo en equipo.
- La necesidad del desarrollo del liderazgo en la organización.

El **cambio organizacional** considera la modificación propositiva de comportamientos y/o procedimientos para obtener una mejor calidad, productividad y eficiencia.

Otra propuesta de modelos para elevar la calidad, en particular en el campo de la salud reproductiva, es el propuesto por Judith Bruce⁹ creado para los servicios de planificación familiar (PF), y que ha sido base para construir otras propuestas en el mismo campo. El modelo de Bruce considera seis elementos fundamentales que no están desvinculados pero que pueden evaluarse y mejorarse de manera separada.

- 1) **Elección de métodos.** *Se refiere a que cada programa de una determinada área geográfica, asegure un acceso al mayor número posible de métodos anticonceptivos.*
- 2) **Información a los usuarios.** *Considera que los proveedores de servicios deben proporcionar amplia información sobre cómo usar los métodos anticonceptivos, sus beneficios y sus riesgos.*
- 3) **Competencia técnica de los proveedores de servicios.**
- 4) **Relaciones interpersonales.** *Definidas como el contenido afectivo de la transacción entre el usuario y el proveedor.*

⁹ Bruce, Judith, *Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo*, El Population Council/NOPAL III, México, D. F., 1998.

- 5) **Continuidad y seguimiento** *que debe dársele a los usuarios atendidos.*
- 6) **Constelación apropiada de servicios.** *Aborda la integralidad de servicios de salud para dar respuesta a otras necesidades de los usuarios además de la planificación familiar.*

Por otra parte, un modelo actual sumamente innovador, que identifica, principalmente, las necesidades de salud de las mujeres y considera en este propósito la perspectiva de género como un elemento indispensable para mejorar la calidad de los servicios, es el propuesto por M. Matamala¹⁰. Ella concibe que:

Una atención de calidad en salud reproductiva de las mujeres, en el marco de salud integral, resuelve el motivo de consulta, tomando en cuenta la historia, el trabajo, la vida cotidiana, las necesidades y la subjetividad de las usuarias. Y a la vez, potencia su autoestima, su autonomía, su dignidad y el ejercicio de sus derechos.

La autora señala cinco categorías que integran los requerimientos que deben cumplir los servicios de salud:

- 1) **Dignificación de las usuarias.** *Resultado de la interacción entre el servicio y las mujeres, es decir, el fortalecimiento de la individuación y autoestima de éstas, potenciando su empoderamiento o autodeterminación. Impacta recíprocamente a la institución de salud, dignificándola también.*
- 2) **Conciencia, respeto y ejercicio de derechos,** *en particular los derechos sexuales y reproductivos. Capacidad de asumirse como sujeto de derechos a través de ejercerlos y defenderlos, así como también, la capacidad de promover, reconocer, defender y aceptar el ejercicio de derechos de otras(os).*
- 3) **Competencia técnica.** *Capacidad del sistema de salud y sus integrantes de garantizar conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías acordes con el desarrollo científico y humano de la sociedad, así como de aplicarlos para resolver las demandas y necesidades de las mujeres.*
- 4) **Vínculo Interpersonal.** *Articulación o desarticulación que se produce en la interacción de proveedoras(es) y usuarias. Está condicionado por factores institucionales (estructurales) e individuales.*
- 5) **Potenciación de comportamientos favorables.** *Capacidad de la institución y sus integrantes de generar a través de la interacción entre la persona proveedora y la usuaria, disposición o cambios que contribuyan al cuidado de su salud en lo individual y en los espacios comunitarios. Como son resultado de sus*

¹⁰ Matamala, M. I., Berlagoscky F., Salazar G. y Núñez L (1995), *Calidad de la Atención, Género, ¿Salud reproductiva de las mujeres?*, Reproducciones América, Santiago de Chile.

esfuerzos desarrollados desde el servicio, se van a identificar a través del seguimiento con posterioridad a la atención brindada.

El trabajo de Matamala ha sido insumo importante para el desarrollo de otras propuestas, dirigidas fundamentalmente a la atención de la salud de las mujeres. Tal es el caso de una definición de calidad planteada por diversas organizaciones civiles y de académicos de México, reunidos en 1995 en una del Foro de Calidad de los servicios de salud, que a la letra dice:

Servicios de salud de calidad con perspectiva de género, dirigidos a mujeres, son aquellos que responden a las necesidades de salud integral de las usuarias, con alternativas técnicas de alto nivel y respetuosas de su dignidad; que garantizan la resolución del motivo de consulta en el momento oportuno y a un costo accesible; que toman en cuenta el conocimiento que tienen las mujeres sobre sus procesos de salud; que propician su autoestima, autonomía, percepción y ejercicio del derecho a la salud y a decidir; y que promueven la participación consciente y equitativa de los hombres en los procesos de salud sexual y reproductiva¹¹.

El trabajo de Matamala ha sido insumo importante para el desarrollo de otras propuestas, dirigidas fundamentalmente a la atención de la salud de las mujeres.

Las dos últimas propuestas incluyen un aspecto sumamente innovador que es la inclusión de la perspectiva de género. Este enfoque representa la consideración del comportamiento particular de hombres y de mujeres derivado de la interacción de factores socioculturales, que traducido en roles de comportamiento influyen determinadamente en la subjetividad y en todos los aspectos de la vida de las personas, en particular, para el caso que nos ocupa, en la salud. Ejemplos de estos roles son, en las mujeres: el sometimiento, el de cuidadora, el doméstico, etc. todos ellos llevan a las mujeres a una pérdida de la autoestima y autodeterminación, pérdida en su individualización y asertividad. En el caso de los varones los roles de personas públicas, con mayor exposición a riesgos, que no deben expresar sentimientos (“los hombres no lloran”), de violencia, etc.

Por otro lado, las dos últimas concepciones hacen ver cómo es posible emitir definiciones de calidad apegadas a nuestra labor cotidiana, donde se reflejen los compromisos de la misión institucional y que integra esos aspectos de la calidad que se requieren en los servicios que se otorgan.

¹¹ SIPAM, Coords. de la Edición: Pilar Muriedas y Mónica del Puerto, *op. Cit.*, p.2.

Dimensiones	Enfoques de evaluación		
	Estructura	Proceso	Resultados
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal médico certificado en sus diferentes especialidades. ➤ Instrumental quirúrgico completo, en buen estado y estéril. ➤ Estuche de diagnóstico completo y limpio, focos funcionando. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimiento quirúrgico apegado a la norma. ➤ Elaboración de historia clínica completa en todos los casos de nuevo ingreso. ➤ Prescripción médica acorde a la norma. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usuario egresado en el tiempo considerado para la atención de su padecimiento. ➤ Cero reintervenciones quirúrgicas. ➤ 100% de usuarios con insuficiencia renal crónica que aprenden a realizarse diálisis peritoneal (enfermos ambulatorios).
Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Existencia de señalamientos de cada uno de los servicios con los que cuenta la unidad, escritos con letra clara y colocados de manera visible. ➤ Áreas de exploración médica que permiten respetar la intimidad de las personas atendidas. ➤ Salas de espera limpias y bien ventiladas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Saludo y presentación del médico en cada una de sus consultas de primera vez. ➤ Explicar en lenguaje sencillo los procedimientos médicos antes de realizarlos. ➤ Resolver todas las dudas que manifiesten los usuarios respecto a su padecimiento y indicaciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cero demandas a nivel judicial. ➤ 90 % de personas que se manifiestan satisfechas con el servicio recibido en relación con el total de personas egresadas. ➤ 95% de usuarios que regresan a consulta de seguimiento en relación con el total de consultas de primera vez.

Cuadro 1. Correlación de dimensiones y enfoques de la calidad.

Bibliografía

Bruce, Judith et al, *Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs*. Population Council, EU, 1993.

Bruce, Judith, *Fundamental elements of the quality of care: simple framework*. Population Council, EU, 1989.

Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento, *"Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas"*, en Careaga, G., Figueroa, J.G. y Mejía, M.C. (comps), *Ética y Salud Reproductiva*, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM/Miguel Ángel Porrúa, México, D. F., 1996

Chambers, Virginia, et al, "Calidad de la atención postaborto", en *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Population Council. 55 - 66, México, 1995.

Deming, W. E., *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

Donabedian, Avedis, "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 113 - 117, 1990.

Donabedian, Avedis, *"Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica"*. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990.

Donabedian, Avedis, *"La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación"*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

Donabedian, Avedis, *"Criteria and standards for quality assessment and monitoring"*. QRB March, 99 - 108, 1986.

Donabedian, Avedis, *"Characteristics of clinical indicators"*. QRB November, 330 - 339, 1989.

Ishikawa, K., *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*, Editorial Norma, Bogotá, 1986.

Juran, J. M., *Juran y el liderazgo por la calidad. Un manual para directivos*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.

Miller, Lynne et al, *"La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad"*. Center for Human Services, USAID, 1997

Matamala, Ma. Isabel et al, *Calidad de la atención, género, ¿Salud de las mujeres?* COMUSAMS - ACHNU, Chile, 1995.

Matamala, Ma. Isabel, "Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services". *Reproductive Healths Matters*, 11 (6), 10- 21, 1998.

Pittman, Patricia et al, "Calidad de la atención y la perspectiva de género". *Revista Mujer y Salud / RSMLAC* 3 (4), 9-24, 1995.

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996.

Reyes Zapata, Hilda et al, "Calidad de la atención médica en un centro de tercer nivel". *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Population Council. 33- 40, México, 1995.

Reyes Zapata, Hilda et al, "Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 232 - 242, 1990.

Ruelas, Enrique et al, "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 207 - 220, 1990.

Spendolini, M.J., *Benchmarking*, Ediciones Norma, Bogotá, 1994.

The Family Planning Manager, "*Herramientas seleccionadas para utilizar en el PMC*". Suplemento de The Family Planning Manager, II (1), 1 - 14, 1993

SIPAM, Coords. de la Edición: Pilar Muriedas y Mónica del Puerto, México 1996

Vidal, Luis et al, "Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad". *Revista Salud Pública de México*, 3 (35), 326 - 331, 1993.

World Health Organization, "*Selecting reproductive health indicators. A guide for district managers*". WHO, 1997.

Tema 2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño

Por Hilda Reyes Zapata

Resumen

El análisis de procesos es un valioso apoyo para mejorar de manera continua la calidad de los servicios que se otorgan en una institución de salud. Las actividades que conforman el proceso, ordenados en una secuencia lógica, pueden ser representados en un diagrama de flujo, para cada una de ellas se define el responsable de su realización y se hacen explícitos las características de calidad necesarias para cumplir a cabalidad cada parte del proceso. El análisis de procesos mostrado de esta manera constituye lo que se conoce como carta de proceso; analizados los procesos de esta manera permiten evitar errores y problemas en el desarrollo del proceso, asimismo, se facilita la detección de fallas oportunamente permitiendo centrar los esfuerzos del equipo de salud en la corrección de problemas reales y potenciales identificados a través de criterios objetivos.

Existen diversas herramientas que permiten identificar los problemas que interfieren con el correcto desempeño de los procesos y permiten analizar las causas de los mismos y sus alternativas de solución.

Tema 2. Análisis de procesos para la evaluación del desempeño

Por Hilda Reyes Zapata

A partir de las aproximaciones de diversos autores en el tema de la mejora continua de calidad o de la calidad total, principalmente de las aportaciones de Juran, se ha identificado la importancia del análisis de procesos.

Podemos identificar por lo menos un par de definiciones de proceso, que nos permiten aproximarnos al tema, la primera propuesta por Juran, señala que un proceso es una serie sistemática de acciones dirigidas al logro de un objetivo¹².

Un proceso es una serie sistemática de acciones dirigidas al logro de un objetivo.

Otra definición señala que es una secuencia de actividades que se lleva a cabo para obtener uno o más productos o servicios a través de la transformación de ciertos insumos y del uso de los recursos disponibles, esto es: humanos, la capacitación de ellos, los recursos materiales, tecnológicos, las instalaciones físicas, etc. En este sentido “producto”, en servicios de salud, hace referencia a lo que el personal de salud de manera individual o de manera colectiva en una determinada área (ejemplo: laboratorio, farmacia, etc.) entregan a los usuarios o clientes externos y a los internos, en este último caso, los productos del trabajo de un área son insumos para otra.

En el caso de los usuarios externos, son ejemplos de productos la elaboración de un diagnóstico, la prescripción de un tratamiento, la realización de una intervención quirúrgica, la realización de un procedimiento médico, la información que se da sobre riesgos y beneficios de un determinado procedimiento o medicamento, información sobre el autocuidado de la salud, administración de medicamentos en un área de hospitalización, etc.

En el caso de productos entregados a usuarios internos, son ejemplos la entrega de ropa limpia a las áreas de hospitalización, la esterilización de equipo para cirugía, las anotaciones en el expediente clínico, introducción al puesto al personal de nuevo ingreso, información sobre la existencia de determinados medicamentos en el almacén, la adquisición de equipo médico, etc.

Hay productos que son entregados tanto a los usuarios internos como a los externos, tal es el caso de los estudios de laboratorio o de gabinete, el llenado de formatos de referencia o contrareferencia, etc.

¹² Jurán, J. M. Jurán y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 1990

La calidad de una institución de salud se juzga, por lo general, por sus resultados y todos estos resultados provienen de manera directa de los procesos. Los problemas de calidad se deben con frecuencia a fallas en uno o más procesos, independientes o relacionados entre sí. El análisis de los procesos permite responder a preguntas tales como:

- ¿Cómo se deben realizar las actividades para garantizar un alto nivel de calidad?
- ¿Cuáles son los obstáculos que impiden o limitan su cumplimiento?
- ¿Qué cambios debemos hacer?

La calidad de una institución de salud se juzga, por lo general, por sus resultados y todos estos resultados provienen de manera directa de los procesos.

En una organización se interrelacionan muchos procesos, unos más generales denominados macroprocesos y otros más específicos, microprocesos, que forman parte del proceso mayor, sin dejar de considerar los intermedios, que son los procesos propiamente dichos. Ejemplo de un macroproceso es la atención de los usuarios en consulta externa y, de un microproceso la exploración física de una persona y en el caso de un proceso intermedio, un ejemplo es la consulta de primera vez (Figura 1).

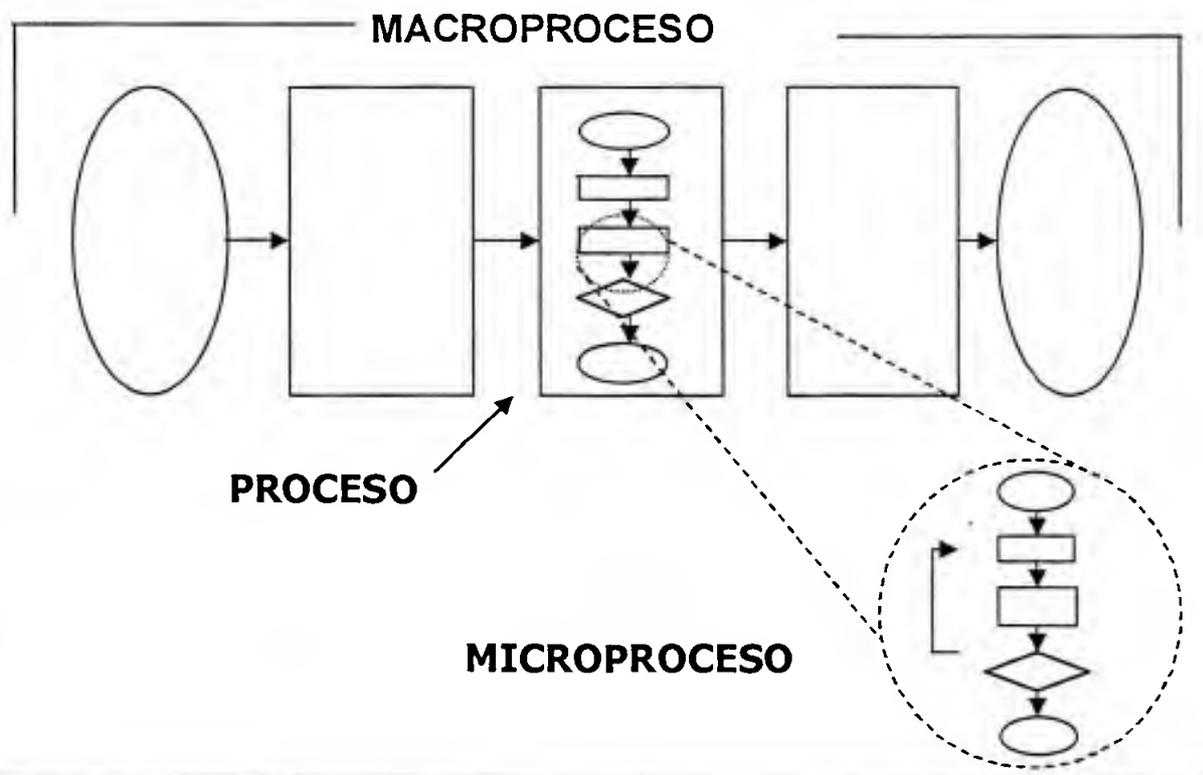


Figura 1. Niveles de análisis

Unos procesos están directamente relacionados con la prestación del servicio y otros solo tienen una relación indirecta, como es el caso de los procesos administrativos. En ocasiones, a estos últimos se les concede menor importancia por parte de los prestadores de servicios, sin embargo, es necesario reconocer que muchos de ellos son fundamentales para que se lleven a cabo las actividades encaminadas al logro de los objetivos y en un programa de mejora continua de calidad todos los procesos son relevantes para garantizar un óptimo nivel de la calidad de los servicios.

En general, se puede hablar de que las características de los procesos son:

- Transforman insumos en resultados.
- Tienen un principio y un fin.
- Son dinámicos.
- Mantienen una secuencia lógica de actividades.
- Tienen un responsable.
- Tienen proveedores y clientes.
- Pueden ser medidos.
- Pueden ser mejorados.
- Pueden ser representados en un diagrama de flujo.
- Pueden ser macroprocesos (involucran varias áreas y niveles de la organización) o microprocesos (son segmentos que forman parte del macroproceso).
- Obedecen a una norma para su realización.

La elaboración de un proceso permite sistematizar las acciones que se realizan durante la prestación de servicios de salud. Auxiliándose de un diagrama de flujo para su realización se facilita el desarrollo del proceso y la apreciación del mismo al segmentar el proceso de manera ordenada y secuencial en las diferentes actividades que lo conforman. El diagrama de flujo ayuda también a correlacionar cada una de las actividades con sus productos correspondientes o resultados esperados por su realización. Del mismo modo, apoya la correlación de las mismas actividades con los requisitos necesarios para su realización y la definición precisa del responsable en cada uno de sus pasos (anexo 1). En esta forma se está realizando un análisis del proceso.

El diagrama de flujo ayuda también a correlacionar cada una de las actividades con sus productos correspondientes o resultados esperados por su realización.

Al hacer posible la definición de requisitos para la realización de cada actividad se hacen explícitos las características de calidad necesarias para cumplir cada parte del proceso, de esta manera se pueden evitar errores y problemas en el desarrollo del proceso, asimismo, se facilita la detección de fallas oportunamente permitiendo centrar los esfuerzos del equipo de salud en la corrección de problemas reales y potenciales identificados a través de criterios objetivos, evitándose las situaciones de crisis. En resumen, los beneficios del análisis de procesos son los siguientes:

- Hace explícitos los estándares de calidad de cada actividad que conforma el proceso.
- Facilita la identificación de las causas reales de problemas actuales y potenciales.
- Propicia el seguimiento de las soluciones propuestas para la superación de esos problemas.
- Facilita la *monitoreo* y la evaluación.
- Apoya la definición de funciones y de perfiles de puestos.

- Simplifica la definición de responsabilidades.
- Posibilita una introducción al puesto más clara e integral.
- Da coherencia y orden a las actividades que se realizan.

Pasos para la realización del análisis procesos

En la realización de los procesos participan diferentes personas del equipo de salud, las cuales se involucran con diferentes niveles de responsabilidad, es decir, como responsables absolutos del proceso o solo en una o más actividades, coordinando la realización de uno o más procesos, etc.

En el análisis de procesos es necesario que se involucren todas las personas que están relacionadas con él, independientemente de sus niveles de responsabilidad, esto da la posibilidad de trabajar el proceso en todos los niveles, que todos los involucrados en el proceso conozcan bien las diferentes partes del mismo y finalmente, el análisis multidisciplinario contribuirá notablemente a mejorar la calidad de los procesos analizados y con ello de los servicios que se otorgan en general. En este punto es necesario recordar dos premisas generadas en los programas de mejora continua de calidad a nivel industrial: “la participación aumenta la motivación” y “nadie conoce mejor los problemas de una determinada área de trabajo que las personas que están directamente relacionadas con la realización de ese trabajo”.

“La participación aumenta la motivación” y “nadie conoce mejor los problemas de una determinada área de trabajo que las personas que están directamente relacionadas con la realización de ese trabajo”.

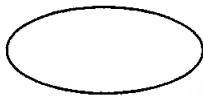
Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Definir un departamento o área en la que se requiera intervenir de manera prioritaria, para resolver alguna situación específica que interfiera con la calidad del servicio que se brinda.
2. Localizar la ubicación de esta área o departamento en el organigrama institucional, para facilitar la identificación de sus líneas de comunicación tanto ascendentes como descendentes.
3. Identificar los objetivos del área o departamento del caso, verificando que correspondan a la misión institucional y los objetivos institucionales.
4. Realizar un listado de los procesos que se llevan a cabo en esa área o departamento, para el logro de sus objetivos.
5. Identificar cuáles son los procesos críticos es decir: los procesos más importantes que se realizan en el área o servicio y que, de no realizarse oportunamente y con precisión se pone en riesgo los objetivos del área. En el caso de las áreas asistenciales, preguntarse cuáles son los que de no realizarse ponen en peligro la vida de los usuarios o los que representan la mayor generación de problemas.
6. Definir el proceso o los procesos a analizar. Para tomar esta decisión la selección de procesos críticos es el principal insumo, pero puede complementarse con otros criterios vigentes en el momento de la toma de decisiones, tales pueden ser:

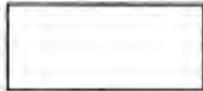
epidemiológicos, políticos, democráticos, preventivos, sugeridos por los usuario, etc.

De aquí en adelante, todas las indicaciones se referirán exclusivamente al proceso seleccionado. Para apoyar la comprensión de los pasos consulte el anexo 1.

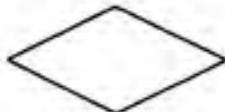
7. Elaborar un listado de **todas** las actividades que se llevan a cabo durante el proceso.
8. Iniciar el llenado del formato de la carta de proceso (Anexo 2). Es importante que en esta actividad participen todas las personas que intervienen en la realización del proceso en la práctica cotidiana. Se deberá consignar el área, servicio o departamento al que corresponde el proceso, la fecha de análisis del proceso, el responsable del proceso (enunciando no su nombre sino su cargo), es decir, el responsable de que todo el proceso se cumpla a cabalidad.
9. Elaborar el diagrama de flujo, colocando las distintas actividades antes listadas ordenadas en forma secuencial, sin olvidar los momentos de decisión. Elaborar el diagrama con la simbología específica que se describe enseguida, Este tipo de diagrama permita observar gráficamente el flujo de las actividades del proceso. (Anexo 1).



La elipse se usa para señalar el inicio o el fin del proceso.



El rectángulo se usa para enunciar actividades.



El rombo enmarca los enunciados respecto a una toma de decisión. siempre debe expresarse en forma de pregunta que tenga como respuesta SI o NO, enseguida de esas respuestas deberá seguir una actividad que se derive de ellas.



La flecha marca la dirección del proceso.



Un círculo pequeño se usa para señalar la conexión entre partes del proceso que se vieron interrumpidas por término de la hoja de papel.

10. Identificar al responsable de cada actividad o momento de decisión especificados en el diagrama de flujo.
11. Enunciar los resultados que se esperan de cada actividad, así como el producto final que se entrega al usuario(a).
12. Contemplar y anotar los insumos requeridos y todos los factores que se deben controlar en cada actividad, para poder lograr los resultados propuestos.

Ver ejemplo en el anexo 1.

Mejoramiento de los procesos y análisis de problemas que interfieren con su desempeño

En todas las instituciones de salud la calidad de los procesos en la atención a la salud son susceptibles de ser mejorados, no solo por las posibles deficiencias que algunos de ellos pudieran tener, para estar acordes con los avances en la medicina, los cambios culturales y demográficos, los ajustes institucionales derivados de modificaciones en las políticas de salud, etc.

Identificar cuáles son esos aspectos de los procesos que pueden ser corregidos se convierten en **oportunidades de mejora**. Estas oportunidades no solo se refieren a identificar problemas actuales que están impidiendo el correcto desempeño del proceso, sino también a reconocer aquellas situaciones que son problemas potenciales o aquellas partes del proceso que aun estando bien realizados, pueden estar aún mejor.

Un problema se define, de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española como *el conjunto de hechos o consecuencias que dificultan la consecución de algún fin*; otra manera de describirlo en cuanto al tema de calidad, es la discrepancia que existe entre lo que *es* y lo que *se desea*.

Lo más deseado es resolver los problemas oportunamente o incluso prevenirlos y evitar así situaciones críticas en la organización. El análisis de procesos es un medio para cumplir con ese deseo y encontrar las oportunidades de mejora. El *monitoreo* y la evaluación del desempeño de los procesos, fundamentalmente los críticos, son excelentes mecanismos para encontrar oportunidades de mejora y prevenir problemas o detectarlos oportunamente. Todos estos aspectos se encuentran incluidos en los programas de mejora continua de calidad; además, ellos consideran de manera cíclica: la identificación de problemas, el análisis de los mismos, el planteamiento e implantación de soluciones, el seguimiento de las mismas. En todos estos procesos son desarrollados por el personal de salud tanto operativo como de distintos niveles de mando, integrados en equipos de trabajo para la mejora continua de calidad.

La identificación de problemas y de oportunidades de mejora en los programas de mejora continua de calidad no parten de la detección casual, sino de una búsqueda sistemática basada en *el monitoreo*, en la evaluación¹³, donde la información es el insumo básico de ambos. La captura de información se hace sistemáticamente cuidando aspectos metodológicos básicos que aseguren su validez y confiabilidad.

La información puede recuperarse de diversas maneras, a través de la aplicación de entrevistas y cuestionarios a los usuarios internos y externos para buscar datos acerca de las necesidades de ambos y de su nivel de satisfacción, principalmente, sobre sus motivos de insatisfacción. Otras fuentes de información puede ser la realización de grupos focales en ambos tipos de usuarios, la observación directa, los buzones de comentarios, quejas y sugerencias, la revisión documental, etc.

¹³ Revisar los conceptos de monitoreo y evaluación enunciados en la primera parte del documento.

La información derivada del rumor no debe considerarse, sin embargo, si estos son alarmantes debe efectuarse una investigación formal para identificar de manera confiable la existencia de problemas.

Una aportación más de los enfoques industriales a las instituciones de salud es el uso de diversas herramientas que apoyan la identificación y análisis de problemas así como el planteamiento de alternativas de solución. Las más usadas son:

- Lluvia de ideas.
- Diagrama causa efecto.
- Diagrama de Pareto.
- Hoja de datos.
- Listas de verificación.
- Flujogramas.
- Gráficas lineales, de barras, circulares, histograma, de dispersión, de Gantt.
- Análisis de campo de fuerza.

Sumadas a estas metodologías se encuentran:

- La matriz de priorización.
- La matriz de análisis de problemas.

En este tema se presentarán las herramientas más frecuentemente usadas en instituciones de salud.

Lluvia de ideas

La lluvia de ideas es una herramienta muy versátil que a su vez apoya la aplicación de otras herramientas. La metodología propicia que los participantes estimulen su creatividad y generan numerosas ideas en un periodo muy breve.

Se usa para identificar oportunidades de mejora, problemas, sus posibles causas al igual que alternativas de solución.

Reglas que se deben seguir

- Deben de participar las personas que laboran en el área o servicio por mejorar.
- Se aceptan todas las ideas.
- No se permiten críticas o análisis de las ideas expuestas, excepto en la fase correspondiente.
- Tratar de generar la mayor cantidad de ideas posibles.
- Respetar el uso de la palabra.
- No abusar del uso de la palabra
- Evitar la redundancia.

Cómo se desarrolla

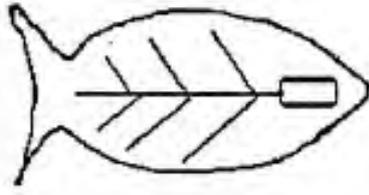
1. Es necesario contar con una persona que coordine la sesión y preferentemente otra que anote las ideas expuestas. Estos pueden ser elegidos por el mismo grupo en el momento de la sesión.
2. Se recomienda el uso de hojas de un rotafolio o un pizarrón que mantenga a la vista de todos las ideas expuestas. Inicialmente se escribe la pregunta o cuestión a estudiar mediante la lluvia de ideas.
3. La asignación de la palabra puede darse de manera **estructurada**, cuando **cada** uno de los asistentes toma un turno, generalmente de acuerdo a las manecillas del reloj; esto propicia que todos participen aun en casos de personas poco extrovertidas. Otra manera es la **desestructurada**, en que cada uno de los participantes solicita el uso de la palabra levantando la mano y en el orden en que la hayan solicitado, el coordinador se la otorga.
4. Todas las ideas emitidas por cada uno de los participantes se anota, sin permitir intervenciones para comentarlas ni modificarlas.
5. Cuando los participantes ya no emiten más ideas se procede a analizar cada una de las anotadas para aclararlas y combinarlas con otras afines de la lista, esto permite presentar ideas de manera más precisa evitando duplicarlas. Para ello, en esta fase si se permiten los comentarios sobre lo anotado, previa solicitud de las palabra y respetando las reglas previamente establecidas.

Precauciones

- Evitar que se emitan críticas a las ideas expuestas o comentarios a las mismas antes de la fase correspondiente.
- Evitar que una o más personas acaparen el uso de la palabra.
- Evitar que comentarios agresivos inhiban la participación de algunos participantes.
- Evitar que las ideas emitidas se desvíen del tema propuesto o no correspondan al mismo.

Diagrama causa- efecto

Esta herramienta permite generar y clasificar en diferentes categorías hipótesis sobre las causas de un problema que afecta a uno o varios procesos en la prestación de servicios. Además, organiza y presenta la información gráficamente, en forma de espina de pescado, lo que facilita el análisis del problema. A esta presentación se debe que se llame también diagrama de espina de pescado, también conocido como diagrama de Ishikawa, nombre que corresponde a su creador.



Esta herramienta puede reflejar las causas que bloquean el camino hacia la consecución de la condición deseada o los factores útiles para alcanzar el estado deseado. Al ayudar a determinar las causas primarias y secundarias obliga al equipo de discusión a considerar la complejidad de un problema y ver objetivamente todos los factores que inciden en él.

Las reglas que se deben seguir son las mismas que se señalaron en la lluvia de ideas.

Cómo se desarrolla

1. Es necesario contar con una persona que coordine la sesión y preferentemente otra que anote las ideas expuestas. Éstos pueden ser elegidos por el mismo grupo en el momento de la sesión.
2. Se recomienda el uso de hojas de rotafolio o un pizarrón que mantenga a la vista de todos las ideas expuestas.
3. Se inicia con la definición del problema que se quiere analizar. El problema elegido, debe colocarse en la "cabeza del pescado". Es necesario ser específico ya que aquellos problemas que son enunciados de manera indefinida o son demasiado grandes pueden confundir al equipo durante la discusión.
4. Mediante una lluvia de ideas se identifican las posibles causas que el grupo considera intervienen en el problema.
5. Se agrupan las posibles causas con una relación lógica y se identifican las primarias y las secundarias, no olvidar que las causas pueden estar relacionadas con muchos aspectos de la entrega de servicios, tanto de la estructura (hay que considerar la presencia de recursos físicos, materiales, tecnológicos, humanos); como del proceso mismo de la atención, donde intervienen factores de los distintos usuarios (internos y externos); y de los resultados de la misma atención.
6. Debe verificarse que las situaciones señaladas como causas, tengan una relación directa y lógica con el problema analizado. Dar respuesta a la pregunta constante de ¿por qué? es un método efectivo para apoyar la aplicación de esta herramienta. Debe aplicarse la pregunta hasta encontrar las causas básicas o primarias (figura 2).

Esta herramienta puede reflejar las causas que bloquean el camino hacia la consecución de la condición deseada o los factores útiles para alcanzar el estado deseado.

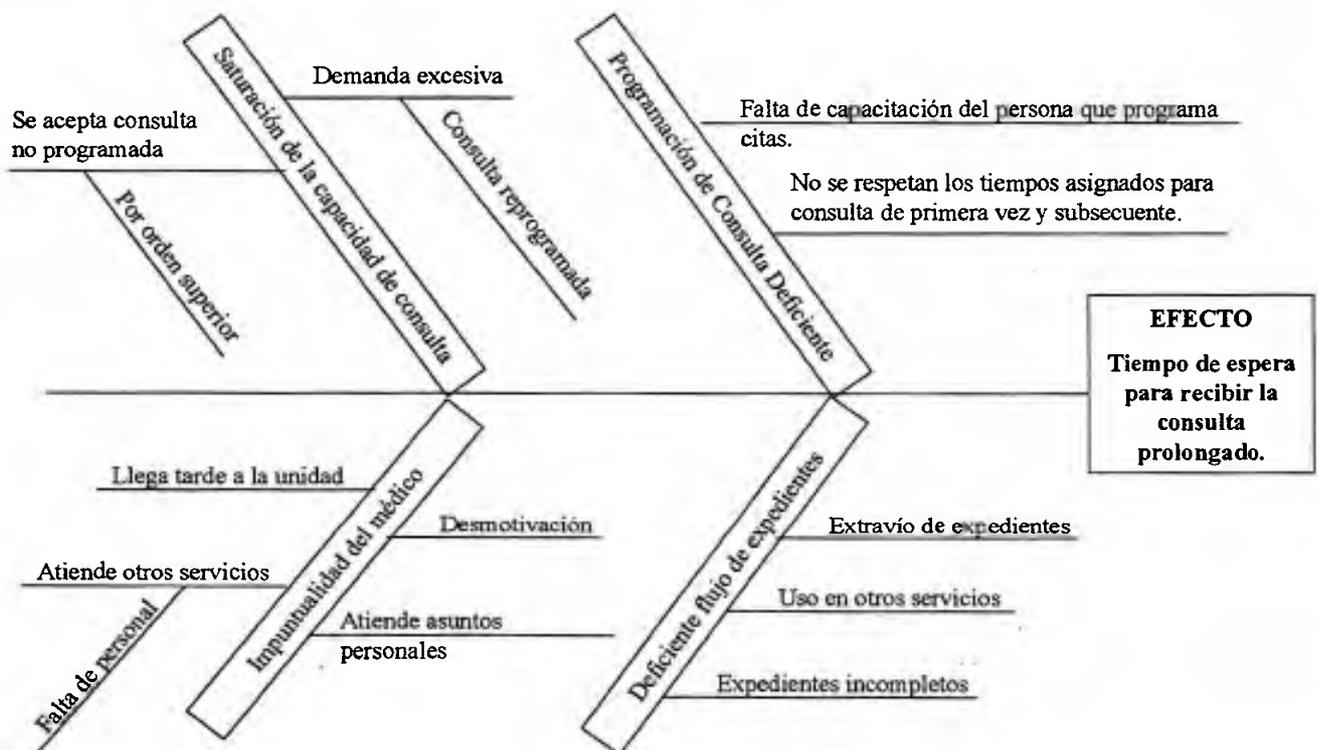
7. Se **analiza** el diagrama y se determina sobre que causas el equipo puede controlar los cambios y las mejoras; enseguida se define en cuales causas el grupo intervendrá

Precauciones

- Recordar que los diagramas de causa efecto representan hipótesis sobre las causas y no necesariamente son realidades o hechos, por lo tanto deben verificarse mediante el análisis de información, de otra manera pueden implementarse soluciones equivocadas y perderse tiempo.
- El efecto o problema debe definirse de manera precisa para no confundirse durante el análisis y llegar a conclusiones imprecisas.
- Es mejor plantear, durante la lluvia de ideas, todas las causas posibles, de manera que no se pase por alto ninguna y aún ya integrado el diagrama, al revisarlo pueden surgirle al grupo ideas complementarias.
- Debe elaborarse cada una de las ramas o espina de pescado de manera completa, en caso de que no sea posible, puede deberse a falta de información, lo cual obliga a buscarla antes de concluir el proceso.

Figura 2

Ejemplo de diagrama de causa-efecto



Matriz para la priorización de problemas¹⁴

La aplicación de la matriz apoya el análisis de problemas y permite identificar, mediante criterios de ponderación, el orden de importancia de los problemas que interfieren con el desempeño de los procesos lo que facilita la toma de decisiones respecto a cuales abordar inicialmente en un programa de mejora de calidad. Este análisis se complementa con la matriz de análisis de problemas que se describirá más adelante.

Esta ponderación también es insumo para identificar que procesos o más precisamente que actividades de los procesos están siendo más afectadas por los problemas y por tanto deben ser *monitoreadas* y evaluadas en cuanto a su cumplimiento. Por tanto se apoya también la búsqueda de indicadores que permitan evaluar la calidad de los servicios, como se verá más adelante.

Los criterios de ponderación que se aplican son: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad. La **magnitud** representa la frecuencia de aparición de cada problema; la **trascendencia** se refiere al impacto negativo que tiene el problema en el desempeño del proceso y por tanto en la calidad del mismo. Por vulnerabilidad se entiende la posibilidad de resolver el problema y factibilidad la posibilidad de aplicar soluciones al problema.

La matriz está ordenada en seis columnas principales, la primera corresponde a la lista de problemas, la segunda es para calificar la magnitud, la tercera a la trascendencia, la cuarta a la vulnerabilidad, la quinta a la factibilidad, la sexta y última es para sumar horizontalmente el puntaje total. Cada una de las columnas correspondientes a los criterios de ponderación se subdividen a su vez en cinco columnas, numeradas del uno al cinco, en ellas se cruzará la calificación que se asigne por el grupo (anexo 3).

Las reglas que se deben seguir son las mismas que se señalaron en la lluvia de ideas.

Cómo se desarrolla

1. Es necesario contar con una persona que coordine la sesión y preferentemente, otra que anote las ideas expuestas. Estos pueden ser elegidos por el mismo grupo en el momento de la sesión.
2. Se recomienda el uso de hojas de un rotafolio o un pizarrón que mantengan a la vista de todos las ideas expuestas.
3. Mediante una lluvia de ideas se identifican los problemas que afectan un determinado proceso. Para ello se revisa la carta de proceso previamente elaborada, considerando si se están obteniendo los resultados propuestos de cada una de las actividades o

¹⁴ Vidal-Pineda Luis, Reyes Zapata, Hilda, *Diseño de un sistema de minitoria para el desarrollo de programas de garantía de calidad*. Salud Pública de México, 35 (3), 326-331, 1992

bien, si se están cumpliendo con los requisitos planteados para la realización de las mismas. Es pertinente empezar analizando los problemas de los procesos identificados como críticos para el logro de los objetivos institucionales.

4. Debe tratarse de seleccionarse problemas básicos y no solo síntomas de los problemas primarios.
5. Se listan los problemas en la primera columna de la matriz (ver anexo).
6. La ponderación se realiza por consenso grupal, por lo que cada participante asigna un valor del uno al cinco a cada uno de los factores de ponderación y comenta por qué propone dicha calificación. En el caso de la magnitud se asigna uno si la frecuencia del problema es mínima y la puntuación se va incrementando conforme se aprecie que la frecuencia es mayor, correspondiendo el puntaje de cinco a un problema sumamente frecuente.

La **trascendencia** se califica con uno cuando el problema afecta muy poco el desempeño del proceso y por tanto la calidad del mismo, incrementando la calificación en caso contrario, correspondiendo el puntaje de cinco a un problema que afecta severamente la realización de las actividades del proceso en análisis

La **vulnerabilidad** se califica con uno si no se identifica una posible solución y con mayor puntaje conforme las soluciones se hacen evidentes y claras, correspondiendo el puntaje de cinco a un problema que fácilmente se resuelve.

La **factibilidad** se califica con uno si las posibles soluciones no se pueden aplicar, ya sea por falta de recursos económicos, por determinaciones políticas o porque la decisión para implementar tal o cual solución no compete al nivel de mando donde se contextualiza el problema; se va incrementando el puntaje conforme se pueden aplicar más fácilmente las soluciones propuestas, correspondiendo cinco a cuando las soluciones son totalmente factibles de aplicar.

7. Si existe discrepancia en cuanto a las calificaciones que asignen los participantes, es necesario volver a analizar los motivos de por los que se asignan las distintas calificaciones a fin de buscar el consenso de todo el grupo. De ser posible debe evitarse caer en votaciones, sin embargo en un caso extremo pueden usarse.
8. Una vez calificados cada uno de los elementos de ponderación se procederá a sumar de manera horizontal cada una de los puntajes asignados a cada columna. La suma obtenida se anota en la columna encabezada con la palabra total (anexo 4).
9. Los problemas que tengan las sumas más altas serán los que principalmente serán objeto de intervenciones para mejorar la calidad.
10. Si más de cinco problemas tienen el mismo puntaje, es pertinente reflexionar grupalmente sobre los puntajes asignados y recalificar, de manera que se destaquen realmente las prioridades.

11.No debe olvidarse registrar el área, servicio, departamento o programa al que corresponda el análisis de problemas, así como el proceso al que corresponden los problemas señalados. También debe consignarse la fecha en que se realiza el análisis y numerarse las hojas que correspondan al análisis.

Precauciones

- Al igual que en las herramientas previamente descritas, la coordinación de la discusión es muy importante para el cumplimiento del propósito de la metodología, por ello es necesario evitar que una o más personas acaparen el uso de la palabra, al igual que evitar comentarios agresivos que pueden inhibir la participación de algunos participantes.
- Establecer la prioridad de los problemas, permite seleccionar puntos de inicio de las intervenciones para mejorar la calidad, sin embargo, no implica olvidar los problemas que se calificaron con puntajes más bajos a los elegidos, los cuales en otro momento podrán ser abordados.

Matriz para el análisis de problemas

Esta matriz puede usarse para complementar el análisis iniciado con la matriz anterior o bien de manera independiente. Su uso permite analizar problemas, identificando las causas básicas, sus consecuencias y la relación que guardan con diferentes áreas de la institución; a partir de estos elementos se plantean: alternativas de solución que ataquen tanto síntomas de un problema, como el problema básico, los responsables de implementar las soluciones y la definición de plazos estimados para su cumplimiento. De esta forma se consigue establecer pasos firmes, ordenados y sistemáticos que contribuyen a mejorar de manera continua la calidad de los servicios de salud.

La matriz está formada por siete columnas, en la primera se consignan el listado de problemas identificados como prioritarios o de todos aquellos que se quieran analizar. Las siguientes columnas corresponden a las causas de los problemas, las consecuencias de los mismos, el registro de las áreas o personas involucradas, las alternativas de solución, la definición de responsables para implementar las soluciones propuestas y el plazo estimado para su cumplimiento (anexo 5).

Una vez registrada toda la información que solicita la matriz para el análisis de problemas, el documento se transforma en un instrumento que apoya la gestión de las áreas involucradas, orientado incluso como apoyo para la negociación de recursos.

Las reglas que se deben seguir son las mismas que se señalaron en la lluvia de ideas.

Cómo se desarrolla

1. A partir de la priorización de problemas, se seleccionan los que mayor puntaje hayan tenido y se anotan en la primera columna de la matriz.
2. Es posible que la matriz se trabaje sin usar la de priorización, en ese caso, mediante una lluvia de ideas se identifican los problemas que afectan un determinado proceso o incluso un conjunto de procesos de una área, departamento o programa determinado. Para ello se revisa la carta de proceso previamente elaborada, considerando si se están obteniendo los resultados propuestos de cada una de las actividades o bien, si se están cumpliendo con los requisitos planteados para la realización de las mismas. Es pertinente empezar analizando los problemas de los procesos identificados como críticos para el logro de los objetivos institucionales.
3. La lluvia de ideas también puede ser un auxiliar para la aplicación de esta metodología.
4. Se anotan en la primera columna los problemas identificados, es necesario que se describan de manera precisa y concisa, para evitar confusiones en el análisis subsecuente.
5. Se analizan cada uno de los problemas independientemente.
6. A cada problema debe identificársele la causa o causas que lo generan; la pregunta reiterada de ¿por qué? es un buen auxiliar para encontrar todas las causas. Éstas deben registrarse de manera precisa y concisa en la columna correspondiente. Esta reflexión permite encontrar las causas primarias, generadoras del problema en cuestión o incluso de otros no considerados.
7. Se identifican los daños y riesgos derivados tanto del problema señalado como de las causas descritas y se consignan en la columna correspondiente. Este análisis permite visualizar de manera más precisa la trascendencia del problema.
8. Se señalan los servicios, áreas o departamentos involucrados con el problema y con sus causas y se registran en la columna correspondiente. Este paso facilitará la identificación e implementación de soluciones o la negociación de las mismas en caso necesario.
9. El equipo propone alternativas de solución al problema y a las causas del mismo, esto permitirá resolver tanto las causas básicas como los problemas derivados de ellas. Las soluciones se anotarán en la columna correspondiente de manera resumida pero sin omitir lo fundamental de las mismas.
10. Para cada alternativa de solución debe designarse un responsable, éste se enunciará por su cargo (no por su nombre) y se registrará en la columna correspondiente. Evite señalar como responsable a dos o más personas, esto podría generar duplicidad de funciones u omisión de las mismas.

Es pertinente empezar analizando los problemas de los procesos identificados como críticos para el logro de los objetivos institucionales.

11. Para cada alternativa de solución deberá estimarse un plazo para su implementación. Éste se asentará en la columna correspondiente.
12. Es pertinente numerar cada alternativa de solución, al igual que los responsables de la implantación y los plazos estimados para su cumplimiento; verifique que guarden una correlación numérica entre sí (anexo 6).
13. No debe olvidarse registrar el área, servicio, departamento o programa al que corresponda el análisis de problemas, así como, el proceso al que corresponden los problemas señalados. También debe consignarse la fecha en que se realiza el análisis y numerarse las hojas que correspondan al mismo.
14. El seguimiento de las alternativas de solución puede hacerse verificando el cumplimiento de las mismas en los plazos establecidos. En caso de haberse cumplido, deberá analizarse la causa de incumplimiento y proponer nuevas alternativas de solución.
15. Periódica y sistemáticamente se revisarán los avances de las soluciones propuestas, al igual que la aplicación de la misma matriz a nuevos problemas que surjan y que impidan el correcto desempeño de los procesos.

Precauciones

- Es indispensable que la discusión se dé por el equipo de salud donde se realizan los procesos analizados y tratar de buscar el consenso del grupo en el análisis correspondiente a cada columna.
- Al igual que en las herramientas previamente descritas, la coordinación de la discusión es muy importante para el cumplimiento del propósito de la metodología; es necesario evitar que una o más personas acaparen el uso de la palabra, al igual que evitar comentarios agresivos que pueden inhibir la participación de algunos participantes.
- Todas las anotaciones hechas en la matriz de análisis de problema deben ser autoexplicativas, de manera tal que cualquier persona del equipo de salud pueda entender plenamente lo que ahí se consigna. Evite poner abreviaturas.
- Verificar que las anotaciones respecto a cada problema en cada una de las columnas, guarden una clara relación.

Bibliografía

Bruce, Judith et al, *Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs*. Population Council, EU, 1993.

Bruce, Judith, *Fundamental elements of the quality of care: simple framework*. Population Council, EU, 1989.

Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento, *"Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas"*, en Careaga, G., Figueroa, J.G. y Mejía, M.C. (comps), *Ética y Salud Reproductiva*, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM/Miguel Ángel Porrúa, México, D. F., 1996

Chambers, Virginia, et al, "Calidad de la atención postaborto", en *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Population Council. 55 - 66, México, 1995.

Deming, W. E., *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

Donabedian, Avedis, "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 113 - 117, 1990.

Donabedian, Avedis, "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica". Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990.

Donabedian, Avedis, "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación". La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

Donabedian, Avedis, "Criteria and standards for quality assessment and monitoring". QRB March, 99 - 108, 1986.

Donabedian, Avedis, "Characteristics of clinical indicators". QRB November, 330 - 339, 1989.

Ishikawa, K., *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*, Editorial Norma, Bogotá, 1986.

Juran, J. M., *Juran y el liderazgo por la calidad. Un manual para directivos*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.

Miller, Lynne et al, "La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad". Center for Human Services, USAID, 1997

Matamala, Ma. Isabel et al, *Calidad de la atención, género, ¿Salud de las mujeres?* COMUSAMS - ACHNU, Chile, 1995.

Matamala, Ma. Isabel, "Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services". *Reproductive Healths Matters*, 11 (6), 10- 21, 1998.

Pittman, Patricia et al, "Calidad de la atención y la perspectiva de género". *Revista Mujer y Salud / RSMLAC* 3 (4), 9-24, 1995.

Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996.

Reyes Zapata, Hilda et al, "Calidad de la atención médica en un centro de tercer nivel". *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Population Council. 33- 40, México, 1995.

Reyes Zapata, Hilda et al, "Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 232 - 242, 1990.

Ruelas, Enrique et al, "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 207 - 220, 1990.

Spendolini, M.J., *Benchmarking*, Ediciones Norma, Bogotá, 1994.

The Family Planning Manager, "*Herramientas seleccionadas para utilizarc en el PMC*". Suplemento de The Family Planning Manager, II (1), 1 - 14, 1993

SIPAM, Coords. de la Edición: Pilar Muriedas y Mónica del Puerto, México 1996

Vidal, Luis et al, "Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad". *Revista Salud Pública de México*, 3 (35), 326 - 331, 1993.

World Health Organization, "*Selecting reproductive health indicatrs. A guide for district managers*". WHO, 1997.

I Vidal-Pineda Luis, Reyes_Zapata,Hilda, *Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad*. *Salud Pública de México*, 35 (3), 326-331, 1992

Tema 3. Monitoreo y evaluación de servicios de salud basado en indicadores de calidad

Por Hilda Reyes Zapata

Resumen

Los indicadores son variables susceptibles de ser observadas y medidas y son apoyo fundamental para efectuar el *monitoreo* de los procesos y la evaluación de los mismos; del mismo modo, pueden ser apoyo para la realización de investigaciones en servicios de salud. Existen indicadores para muchos fines, permiten evaluar la productividad, la eficiencia, la calidad, etc. Para ello es importante que realmente reflejen lo que se quiere medir. Los indicadores de calidad deben cubrir los siguientes requisitos: éticos, de validez, sensibilidad, especificidad, pertinencia, representatividad, factibilidad, inclusividad y oportunidad.

Para evaluar la calidad de los servicios de salud pueden buscarse indicadores acordes a los enfoques señalados por Donabedian: de estructura, de proceso y de resultado.

En este tema se describen los pasos necesarios para obtener indicadores y establecer un sistema de monitoreo y evaluación basado en ellos.

Tema 3. Monitoreo y evaluación de servicios de salud basado en indicadores de calidad

Por Hilda Reyes Zapata

Los indicadores son variables susceptibles de ser observadas y medidas, La OMS señala que son variables que sirven para medir los cambios. De acuerdo a la Joint Comission, un indicador es una medida cuantitativa que puede usarse para monitorear la calidad de funciones de gobierno y administración, clínicas y de apoyo que afectan los resultados de los pacientes.

Los indicadores del resultado de ambos procesos se deriva la toma de decisiones para mejorar la calidad. También los indicadores sirven en la realización de investigaciones en servicios de salud, con pleno apego al método científico y con el apoyo del análisis estadístico.

Existen muchos tipos de indicadores que sirven para conocer distintos aspectos de la organización: productividad, accesibilidad, eficacia, eficiencia, calidad, etc. Para que realmente sean indicadores de calidad es necesario que reflejen el adecuado desempeño de los procesos y las actividades, al igual que el cumplimiento de los requisitos de calidad previamente establecidos.

Los indicadores deben definirse con precisión, de manera que realmente midan aquello que se pretende evaluar y puedan compararse a lo largo del tiempo consigo mismos o con resultados de otros sitios pero obtenidos con procedimientos similares.

Los indicadores de calidad pueden ser usados como “centinelas” o “focos de alarma” para señalar que algo crítico sucede y en ocasiones basta que se encuentren una sola vez, para decidir efectuar acciones tendientes a corregir su presencia, un ejemplo de un indicador de este tipo es la presencia de perforación uterina, un solo caso obliga a revisar que lo provocó e implantar las soluciones para que no vuelva a repetirse otro caso.

En la mayoría de los casos se usan para establecer tendencias en el tiempo y perfiles de comportamiento. En Ambas situaciones es necesario tener un estándar o patrón de referencia que permita evaluarlos y tomar decisiones respecto a su comportamiento. Un ejemplo de estos indicadores es la presencia de infecciones nosocomiales.

Los indicadores de calidad deben cubrir los siguientes requisitos: éticos, de validez, sensibilidad, especificidad, pertinencia, representatividad, factibilidad, inclusividad y oportunidad, todos ellos son indispensables en la construcción de indicadores de calidad.

Para que realmente sean indicadores de calidad es necesario que reflejen el adecuado desempeño de los procesos y las actividades, al igual que el cumplimiento de los requisitos de calidad previamente establecidos.

Requisitos de los indicadores¹⁵

Éticos: *el derecho de los individuos a la confidencialidad libre de coacción y al consentimiento informado en relación a la naturaleza e implicaciones de los datos requeridos.*

Validez: *capacidad de medir adecuadamente lo que se propone medir.*

Especificidad: *capacidad para reflejar la calidad de la atención sin incluir al mismo tiempo efectos de otros factores.*

Sensibilidad: *capacidad para detectar cambios y deficiencias en la calidad.*

Pertinencia: *relación directa que el indicador tiene con el objetivo de la actividad que se quiere evaluar.*

Representatividad: *capacidad de mostrar mediante la medición de cierto número de casos la realidad de la calidad de un servicio.*

Factibilidad: *considera la posibilidad de obtener la información (por ejemplo, el costo)*

Oportunidad: *está directamente relacionada con la disponibilidad y rapidez con que puede medirse para tomar decisiones a favor de mejorar la calidad.*

Inclusividad: *es la capacidad para reflejar diversos componentes de la atención (por ejemplo, la mortalidad).*

No es fácil que todos los indicadores cumplan todos los requisitos expuestos, sin embargo, algunos de ellos son obligados a estar siempre presente, tal es el caso del requisito ético, que no debe soslayarse en ningún caso.

La validez está directamente relacionada con la calidad de la información que sustenta al indicador por ello debe cumplir ciertos requisitos para asegurar la validez, tales son:

- Definición precisa de las variables incluidas como indicadores.
- Definición precisa de las fuentes de información.
- Verificar que los datos sean originales, exactos y completos.
- Sistematizar los pasos para la captura de información, proceso de datos y análisis de los mismos.

¹⁵ Los requisitos de indicadores se conformaron a partir de los propuestos por A. Donabedian, *op. Cit* y por la Division of Reproductive Health (Technical Support) UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, *Selecting Reproductive Health Indicators: A guide for district managers. Field-testing version*, World Health Organization, 1997.

Estos requisitos asegurarán la confiabilidad del indicador, es decir, que usando la misma información, su proceso siempre dará los mismos resultados.

Siguiendo los enfoques de evaluación propuestos por Donabedian, podemos encontrar **indicadores de estructura, de proceso y de resultado**. La definición de estos conceptos fue dada en el tema 1 de este módulo, solamente diremos a manera de resumen que la estructura se refiere a los atributos con que cuentan los proveedores para otorgar los servicios, esto incluye los recursos físicos, humanos, materiales y tecnológicos, aunado al diseño organizacional. El proceso es el conjunto de actividades que se llevan a cabo entre los proveedores de servicios y los usuarios, fundamentalmente en beneficio de la salud de estos últimos. El resultado considera los cambios en la salud de las personas que reciben los servicios, buenos o malos; al igual que la satisfacción y aprendizaje de usuarios y proveedores de servicios.

El proceso es el conjunto de actividades que se llevan a cabo entre los proveedores de servicios y los usuarios, fundamentalmente en beneficio de la salud de estos últimos.

Es pertinente identificar indicadores que reflejen cada uno de los enfoques mencionados, tratando de mantener un equilibrio entre ellos. Con mucha frecuencia se cae en analizar solo indicadores de estructura y, como ya se ha comentado, es el proceso el que directamente determina la calidad de los servicios, sin dejar de reconocer la importancia de la estructura en la calidad de los servicios que se otorgan.

Para efectuar una buena selección es pertinente conocer las aplicaciones, ventajas y desventajas de los indicadores dependiendo de su enfoque, lo cual será abordado a continuación.

Los indicadores de estructura

Usos: se usan para evaluar el diseño organizacional, el diseño de programas o servicios y para retroalimentar la evaluación del proceso y los resultados.

Ventajas: corresponden a variables generalmente más estables y fáciles de observar y por tanto su *monitoreo* es sencillo y su periodicidad puede ser más espaciado. Fácilmente se obtiene la información; generalmente los estándares corresponden a criterios muy conocidos y aplicables a varias instituciones y en caso de no existir son fáciles de establecer.

Desventajas: es limitada su utilidad en calidad por ser poco sensibles y específicos para ese fin. Cuando se destaca más la atención en ellos, se corre el peligro de relegar indicadores más sensibles y específicos para evaluar la calidad, como son los de proceso y de resultado.

Requisitos para su elaboración: además de cumplir con los requisitos señalados en párrafos previos, la selección de estos indicadores siempre debe tener un vínculo con el proceso (revise análisis de procesos). Debe relacionarse causalmente con fallas en la calidad. A pesar de que la estructura es más estable, debe vigilarse la vigencia de la información y establecerse con precisión los plazos de *monitoreo*.

Ejemplos de indicadores de estructura: personal de salud certificado en sus diferentes especialidades y profesiones, sala de espera limpia, señalamientos de los distintos servicios que se otorgan, salas de exploración con cortinas y/o puertas para resguardar la intimidad de las personas exploradas.

Indicadores de proceso

Usos: *monitoreo* y evaluación de la calidad de programas y servicios. Apoya la evaluación de normas de atención, de servicios en general y de procedimientos ya que propicia su cuestionamiento y estimula nuevas propuestas.

Ventajas: gran sensibilidad y especificidad para evaluar la calidad. Tienen mayor validez y más fuerza de asociación con los resultados y por tanto directamente con la calidad. Su *monitoreo* brinda información inmediata acerca de fallas que se convierten en problemas inmediatos o potenciales. Permite identificar deficiencias específicas. Facilita el deslinde de responsabilidades. Fácilmente se establecen estándares por parte del equipo de salud, con base en los ya existentes, a la literatura o a la experiencia de los proveedores de servicios. Sustenta sólidamente la aplicación de medidas de corrección de desviaciones en los procesos.

Desventajas: deben existir estándares precisos para evitar errores en la evaluación. Para obtener resultados inmediatos debe recuperarse la información por observación directa o por medio de entrevistas a usuarios internos y externos, enseguida de la prestación de servicios.

Requisitos para su elaboración: además de cumplir con los requisitos señalados en párrafos previos, en la selección de estos indicadores debe buscarse un vínculo con los resultados, negativos y positivos hacia la salud de los usuarios o respecto al desempeño de los procesos.

Ejemplos de indicadores de proceso: cumplimiento de pasos señalados en el proceso diagnóstico. Prescripción médica acorde a la norma. Explicar en lenguaje sencillo los procedimientos médicos antes de efectuarlos. Resolver todas las dudas que manifiesten los usuarios respecto a su padecimiento y indicaciones médicas.

Indicadores de resultado

Usos: *monitoreo* y evaluación de la calidad de programas y servicios. Apoya la evaluación de normas de atención, de servicios en general y de procedimientos ya que retroalimenta las retroalimenta, propicia su cuestionamiento y estimula nuevas propuestas. Permite aproximarse a procesos difíciles de medir. Facilita identificar las situaciones más adversas para enfatizar su monitoreo y evaluación.

Ventajas: son atractivos por que directamente reflejan los logros en la salud o en el cumplimiento de los objetivos de servicio. Son incluyentes de varias

actividades de los procesos por lo que simplifican monitoreo y abarata costos. Evalúa condiciones específicas a mediano y largo plazo. Favorece la consideración de las expectativas de usuarios internos y externos. Propicia el cuestionamiento del conocimiento y de los procesos que se realizan en la institución. Son fáciles de elaborar.

Desventajas: muchos resultados tardan tiempo en aparecer, por lo tanto su identificación puede ser tardía para fines de evaluar el desempeño. Pueden asociarse con muchos factores no directamente relacionados con el servicio otorgado. Los resultados pueden ser probabilísticos: no siempre una buena atención da un buen resultado para la salud. Existe el peligro de escoger resultados poco relevantes en cuanto al desempeño de los procesos y por tanto de la calidad. En muchas ocasiones se requiere un número grande de casos para que la evaluación sea relevante.

Muchos resultados tardan tiempo en aparecer, por lo tanto su identificación puede ser tardía para fines de evaluar el desempeño.

Requisitos para su elaboración: además de cumplir con los requisitos señalados en párrafos previos, la selección de estos indicadores debe hacerse cuidando la relevancia en cuanto al desempeño de los procesos y por tanto de la óptima calidad de los mismos. Debe seleccionarse una muestra de casos representativa para los propósitos del *monitoreo* y la evaluación.

Ejemplos de indicadores de resultado: personas que se manifiestan satisfechas con el servicio recibido. Usuarios egresados en el tiempo considerado para la atención de su padecimiento. Reintervenciones quirúrgicas. Demandas a nivel jurídico. Quejas emitidas por usuarios de los servicios. Adhesión a la institución de salud.

Para la elaboración de indicadores deben realizarse los siguientes pasos (ver anexos 5 y 6):

- Identificar los **procesos críticos** es decir: los procesos más importantes que se realizan en el área o servicio y que, de no realizarse oportunamente y con precisión se pone en riesgo los objetivos del área. Esta selección permitirá enfocar el *monitoreo* y la evaluación en los procesos realmente importantes en el área o departamento.
- De esos procesos críticos, es necesario definir a su vez, las **actividades críticas** para el propósito fundamental del proceso; su incumplimiento puede llevar en ocasiones riesgo para la vida o la salud de las personas que reciben el servicio; por tanto requieren de *monitoreo*.
- También deben identificarse los **problemas críticos**, es decir, los obstáculos severos que obstaculizaban el logro de los objetivos por lo que debe de vigilarse su reincidencia.
- A partir de ambos aspectos críticos se procede a identificar los **criterios** que representan de manera precisa las situaciones que se desea medir. Generalmente su definición se hace a través de enunciar el beneficio derivado de realizar correctamente

la actividad crítica, o bien, del riesgo o daño derivado de realizar actividades deficientemente o de omitirlas, o el problema crítico arriba señalado. El equipo de salud deberá definir cuál es el criterio más relevante para ser *monitoreado* y evaluado. Identifique qué criterios corresponden a la estructura, cuáles al proceso y cuáles a los resultados.

Ejemplo: Tiempo de espera real para recibir la consulta.

- **Estructuración de la fórmula** que permita medir el suceso que se está observando. Dicha fórmula puede ser una expresión cuantitativa o cualitativa. Para la primera expresión, a veces, es necesario identificar un numerador y un denominador que permita obtener una proporción o un porcentaje:
- Ejemplo:
$$\frac{\text{No. de personas que recibieron la consulta en el lapso establecido}}{\text{No. total de personas que fueron atendidas en la consulta externa}} \times 100$$
- No siempre se debe contar con un numerador y un denominador; en muchos de los casos basta con tener una expresión numérica o la presencia o ausencia de una característica.
- **Asignación de un estándar o patrón de referencia**, es decir, la medida del indicador que se espera alcanzar. Se asigna de acuerdo al análisis de los equipos en conjunto, con base en su experiencia y en lo descrito en la literatura; dicho estándar sirve directamente de referencia para el monitoreo y la evaluación de la calidad.
- Ejemplo: Estándar establecido como tiempo de espera para recibir consulta 5 minutos y 95% de las personas que acuden a consulta deben cumplir este estándar
- **Identificación de las fuentes de datos** que permiten obtener el indicador o los datos para construirlo. En algunos de los casos es necesario adecuar las fuentes existentes, o bien, diseñarlas e implementarlas, como en el caso de las encuestas a usuarias(os) y proveedoras(es).

Ejemplo: Libretas de registros, formatos específicos, registros médicos, encuestas, etc.

- **Definición de la periodicidad de registro** de la información necesaria para el monitoreo del indicador; es indispensable precisar la periodicidad del registro básico, del análisis y de la emisión de reportes.
- Ejemplo: Registro: diario.
Análisis: mensual.
Emisión de informe: mensual.
- **Asignación de responsabilidades** para el registro de datos, el análisis del comportamiento de los indicadores y la elaboración del reporte correspondiente.

Ejemplo: Secretaria: registra la información en relación a tiempo de espera.
Coordinadora del programa de calidad: procesa la información, analiza los resultados y emite el reporte.

Debe tener cuidado en tener un adecuado balance entre los indicadores de estructura, de proceso y de resultado.

Una vez que se han elaborado los indicadores en su totalidad, debe verificarse que cumplan con los requisitos establecidos y seleccionar los que cubran el mayor número de ellos. Debe tener cuidado en tener un adecuado balance entre los indicadores de estructura, de proceso y de resultado.

Bibliografía

Bruce, Judith et al, *Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs*. Population Council, EU, 1993.

Bruce, Judith, *Fundamental elements of the quality of care: simple framework*. Population Council, EU, 1989.

Comisión Nacional para la Protección de los Seres Humanos en Estudios Biomédicos y del Comportamiento, *"Informe Belmont: principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas"*, en Careaga, G., Figueroa, J.G. y Mejía, M.C. (comps), *Ética y Salud Reproductiva*, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM/Miguel Ángel Porrúa, México, D. F., 1996

Chambers, Virginia, et al, "Calidad de la atención postaborto", en *Calidad de la Atención. Aportes*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Population Council. 55 - 66, México, 1995.

Deming, W. E., *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1986.

Donabedian, Avedis, "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 113 - 117, 1990.

Donabedian, Avedis, "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica". Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990.

Donabedian, Avedis, "La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación". La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

Donabedian, Avedis, "Criteria and standards for quality assessment and monitoring". QRB March, 99 - 108, 1986.

- Donabedian, Avedis, "Characteristics of clinical indicators". QRB November, 330 – 339, 1989.
- Ishikawa, K., *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*, Editorial Norma, Bogotá, 1986.
- Juran, J. M., *Juran y el liderazgo por la calidad. Un manual para directivos*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1990.
- Miller, Lynne et al, "La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad". Center for Human Services, USAID, 1997
- Matamala, Ma. Isabel et al, *Calidad de la atención, género, ¿Salud de las mujeres?* COMUSAMS - ACHNU, Chile, 1995.
- Matamala, Ma. Isabel, "Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services". *Reproductive Healths Matters*, 11 (6), 10- 21, 1998.
- Pittman, Patricia et al, "Calidad de la atención y la perspectiva de género". *Revista Mujer y Salud / RSMLAC* 3 (4), 9-24, 1995.
- Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, Real Academia Española, Madrid, 1996.
- Reyes Zapata, Hilda et al, "Calidad de la atención médica en un centro de tercer nivel". *Calidad de la Atención. Aportes. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / Population Council*. 33- 40, México, 1995.
- Reyes Zapata, Hilda et al, "Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 232 - 242, 1990.
- Reyes Zapata, Hilda et al, "Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud reproductiva desde una perspectiva de género". *Rev. Population Council*.
- Ruelas, Enrique et al, "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología". *Revista Salud Pública de México* 2 (32), 207 - 220, 1990.
- Spendolini, M.J., *Benchmarking*, Ediciones Norma, Bogotá, 1994.
- The Family Planning Manager, "Herramientas seleccionadas para utilizar en el PMC". Suplemento de The Family Planning Manager, II (1), 1 – 14, 1993
- SIPAM, Coords. de la Edición: Pilar Muriedas y Mónica del Puerto, México 1996
- Vidal, Luis et al, "Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad". *Revista Salud Pública de México*, 3 (35), 326 - 331, 1993.
- World Health Organization, "Selecting reproductive health indicators. A guide for district managers". WHO, 1997.

Anexo 2

Anexo 2

Carta de proceso

Fecha: _____ Nombre del proceso: _____ Área de trabajo: _____
Propietario del proceso: _____ Realizada por: _____

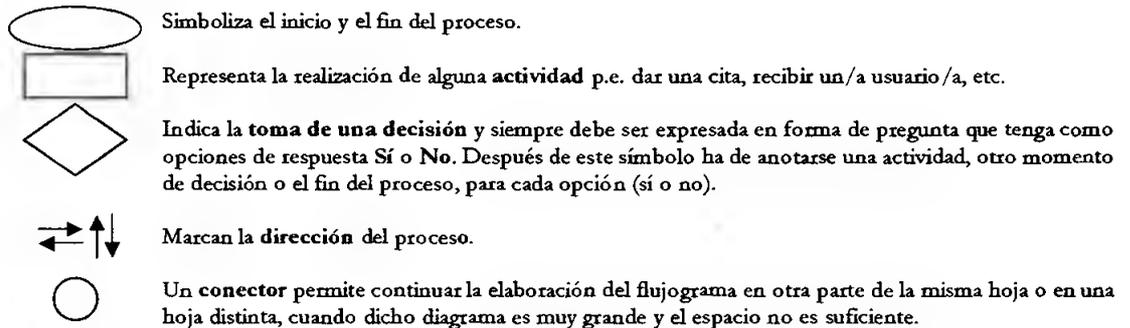
Factores a controlar	Proceso	Responsable	Resultados esperados

Anexo 1.

GUÍA PARA EL LLENADO DE LA CARTA DE PROCESO

COLUMNA 1. Anotar las previsiones que deben tomar para garantizar que se pueda llevar a cabo el proceso.

COLUMNA 2. Diseñar el diagrama de flujo o flujograma de las actividades, con base en la siguiente simbología:



COLUMNA 3. Puntualizar el/los responsable/s de llevar a cabo cada actividad, especificando puesto/s.

COLUMNA 4. Anotar los resultados esperados de cada actividad del flujograma.

IMPORTANTE: Primero se diseña el flujograma y en base a él se llenan las columnas 3, 4 y 1 respectivamente. Ejemplo:

4° Factores a controlar	1° Proceso	2° Responsable	4° Resultados esperados
Presencia del expediente en el consultorio antes de iniciar la consulta.	Anotar en el expediente el estado de salud de el/la usuario/a.	Médico/a	Que el expediente esté actualizado.

Anexo 3

nexo 3

ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES

Fecha: _____ Realizado por: _____ Área de trabajo: _____ Hoja No. ___ de ___

Problema u oportunidad de mejora	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Calificación

Anexo 4

Asignación de prioridades

Fecha: oct.-14-98 Área de trabajo: S. Vacunas Elaborado por: Comité de calidad Hoja No. 1 de 1

Problema u oportunidad de mejoría	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Calificación
• Limpieza deficiente de las áreas de servicios.	4	4	5	5	18
• Horario de la enfermera de vacunas no compatible con el horario del servicio.	5	5	5	5	20
• Señalamiento incorrecto del área de vacunas.	5	5	5	5	20
• Ubicación inadecuada del servicio de vacunas.	5	3	1	1	10
• Área física pequeña del servicio de vacunas.	5	3	1	1	10
• Diversidad de actividades en el área física del servicio de vacunas.	5	5	1	1	12
• Iluminación deficiente en el área de servicio de vacunas.	5	3	1	1	10

Anexo 5

Anexo 5

Análisis de problemas

Fecha: _____ Realizado por: _____ Área de trabajo: _____

Problema	Causa	Consecuencia	Áreas o personas involucradas	Solución	Responsable	Plazo

Anexo 6

Análisis de problemas

Fecha: oct. 14-98 Área de trabajo: Vacunas

Elaborado por: Comité de calidad

Hoja No. 1 de 1

Problema	Causa/s	Consecuencia	Áreas o personas involucradas	Solución/es	Responsable/s	Plazo
Limpieza deficiente de las áreas de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente personal de limpieza. • Técnica deficiente para realizar el aseo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala imagen del centro de salud. • Insatisfacción de usuarios y usuarias y de proveedores y proveedoras. 	Todos los servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer guardias con el personal de intendencia. • Capacitar al personal de intendencia. 	Administrador	Nov.- 30
Horario de la enf. De vacunas no compatible con el horario del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios inadecuados para asignar horarios y personal en este servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción de usuarios y usuarias. 	Servicio de vacunas.	Cubrir la primera hora del servicio con otra enf.	Director	Oct.- 21
Incorrecto señalam. Del área de vacunas.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisión de los señalam. De las distintas áreas de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión de usuarios y usuarias. • Saturación de trabajo de la personal del módulo de informes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de vacunas. • Módulo de informes. 	Colocar señalamientos correctos de todos los servicios.	Administrador	Oct.- 21

Anexo 7

Anexo no. 7

Indicadores y Estándares

Fecha: _____ Área de trabajo: _____ Elaborado por: _____ Hoja No. ____ de _____

Tipo	Indicador			Fuente	Periodicidad	Responsable
	Criterio	Fórmula	Estándar			

GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE INDICADORES Y ESTÁNDARES

- COLUMNA 1.** Enunciar el tipo de indicador de que se trate (estructura, proceso o resultado).
- COLUMNA 2.** Identificar para cada actividad crítica uno o más criterios, es decir, un evento o suceso que debiera o no ocurrir y que representa beneficio, riesgo o daño derivados de la actividad realizada.
- COLUMNA 3.** Construir una fórmula que permita medir el suceso que se está observando. Esta fórmula puede ser una expresión cuantitativa, cuando:
- a. es necesario identificar un numerador y un denominador que nos permita obtener una proporción o un porcentaje. Ejemplo:
$$\frac{\text{No. de asistentes al taller de género}}{\text{No. de asistentes esperados al taller de género}}$$
 - b. sólo se requiere una expresión numérica. Ejemplo: No. de minutos de espera para recibir consulta.
- La fórmula también puede ser una expresión cualitativa que indique la ausencia o presencia de la característica observada. Ejemplo: presencia de normas técnicas en los consultorios.
- COLUMNA 4.** Asignar a cada fórmula un estándar, es decir, el límite máximo o mínimo que se considera aceptable de acuerdo a los recursos institucionales actuales. Su propósito es tener un punto de referencia para evaluar y monitorear lo alcanzado contra lo deseado, que es lo que representa el estándar.
- COLUMNA 5.** Anotar la fuente o documento de donde se obtendrá la información (registro diario, libretas, formatos, etc.). En caso de no existir, se diseñará el formato para ese fin y se consignará en esta columna.
- COLUMNA 6.** Registrar la periodicidad de registro de la información necesaria para la monitoría de cada indicador, así como la periodicidad de análisis y reporte.
- COLUMNA 7.** Anotar el puesto del responsable que llevará a cabo cada uno de los pasos antes mencionados (médico adscrito, residente, jefe del servicio, etc.). No es pertinente consignar el nombre del área, sino particularizar el puesto; del mismo modo debe señalarse sólo un miembro del equipo de salud para evitar duplicidad u omisión de la responsabilidad de registro, análisis y reporte de la monitoría de cada indicador.

Anexo 8
Indicadores y estándares de calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva

Tipo	Criterio	Fórmula	Estándar	Fuente	Periodicidad	Responsable
Estructura	Existencia de cada una de las normas técnicas del campo de la salud reproductiva.	Existencia o no de normas técnicas de: <i>planificación</i> familiar, cáncer cérvico uterino, embarazo, parto y puerperio, control de la nutrición, etc. en cada consultorio médico.	Existencia de cada una de ellas en cada consultorio.	Bitácora de observación.	Registro, análisis y reporte semestral.	Consultorio: médico(a). En general: coordinador(a) de atención médica.
Estructura	Abasto suficiente de material de apoyo didáctico en salud sexual y reproductiva.	Existencia o no de: láminas ilustrativas (genitales, ciclo menstrual, caracteres sexuales, etc.); modelo de órganos genitales, trípticos sobre uso de métodos de planificación familiar y de derechos reproductivos.	Existencia de todo el material didáctico acordado, en cada consultorio.	Bitácora de observación.	Trimestral.	Coordinador(a) de enfermería.
Proceso	Propiciar el autocuidado y la autoestima de las usuarias.	Porcentaje de usuarias encuestadas que dicen que durante la consulta médica se les enseñó como autoexplorarse las mamas y la importancia de ello.	100%	Encuesta a usuarias(os).	Aplicación, análisis y reporte Trimestral.	Comité de encuestas.
Proceso	Orientación satisfactoria y trato respetuoso a usuarios(as).	Porcentaje de usuarias(os) entrevistadas(os) que dicen se les orientó satisfactoriamente para realizar sus trámites de consulta (al momento de solicitar la ficha, en la caja, en la consulta, en el laboratorio, etc.)	100% en cada uno de los servicios.	Encuesta por áreas a usuarias(os).	Aplicación, análisis y reporte trimestral.	Comité de encuestas.
Resultado	Capacidad técnica para la resolución del motivo de la consulta.	Porcentaje de mujeres encuestadas que dicen se les resolvió el problema que motivó la consulta.	90% servicio médico 95% dental 100% laboratorio.	Encuesta a usuarias(os).	Aplicación, análisis y reporte Trimestral.	Comité de encuestas.
Resultado	Cumplimiento de la consejería en Planificación Familiar. Propiciar el autocuidado.	Porcentaje de usuarias(os) entrevistadas(os) que dicen conocer todos los métodos de PF existentes en el centro de salud (preguntar por cada uno de ellos).	100% en todos los métodos.	Encuesta a usuarias(os).	Aplicación, análisis y reporte Trimestral.	Comité de encuestas.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

TERCERA ACTIVIDAD

(Ejercicio individual)

De acuerdo con la información proporcionada en los temas de este módulo, desarrolle los seis ejercicios que componen esta actividad de evaluación:

Ejercicio 1

Elabore un cuadro que correlacione los enfoques de evaluación propuestos por Donabedian (estructura, proceso y resultado) y las dimensiones de la calidad señaladas por el mismo autor, precisando cuáles son los requerimientos de calidad que deben tener cada una de las características enunciadas (técnica e interpersonal). La reflexión debe partir del contexto institucional donde usted labora.

Las preguntas que deben responder para realizar el ejercicio son las siguientes:

- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y a la estructura en su organización ?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y a la estructura en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión técnica y al proceso en su organización?
- ¿Cuáles son las características y especificaciones de calidad que corresponden simultáneamente a la dimensión interpersonal y al proceso en su organización?
- ¿Cuáles son los resultados y especificaciones de calidad que se esperan en su organización y que corresponden a la dimensión técnica?
- ¿Cuáles son los resultados y especificaciones de calidad que se esperan en su organización y que corresponden a la dimensión interpersonal?

Para cada una de las preguntas planteadas de un mínimo de 10 ejemplos.

Guíese con el siguiente cuadro que ejemplifica el ejercicio propuesto:

Dimensiones	Enfoques de evaluación		
	Estructura	Proceso	Resultados
Técnica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personal médico certificado en sus diferentes especialidades. ➤ Instrumental quirúrgico completo, en buen estado y estéril. ➤ Estuche de diagnóstico completo y limpio, focos funcionando. ➤ Existencia de señalamientos de cada uno de los servicios con los que cuenta la unidad, escritos con letra clara y colocados de manera visible. ➤ Áreas de exploración médica que permiten respetar la intimidad de las personas atendidas. ➤ Salas de espera limpias y bien ventiladas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procedimiento quirúrgico apegado a la norma. ➤ Elaboración de historia clínica completa en todos los casos de nuevo ingreso. ➤ Prescripción médica acorde a la norma. ➤ Saludo y presentación del médico en cada una de sus consultas de primera vez. ➤ Explicar en lenguaje sencillo los procedimientos médicos antes de realizarlos. ➤ Resolver todas las dudas que manifiesten los usuarios respecto a su padecimiento y indicaciones médicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Usuario egresado en el tiempo considerado para la atención de su padecimiento. ➤ Cero reintervenciones quirúrgicas. ➤ 100% de usuarios con insuficiencia renal crónica que aprenden a realizarse diálisis peritoneal (enfermos ambulatorios). ➤ Cero demandas a nivel judicial. ➤ 90 % de personas que se manifiestan satisfechas con el servicio recibido en relación con el total de personas egresadas. ➤ 95% de usuarios que regresan a consulta de seguimiento en relación con el total de consultas de primera vez.
Interpersonal			

El ejercicio se hará a partir del contexto institucional donde usted labora.

Ejercicio 2

De acuerdo a lo enunciado respecto a macroprocesos , procesos y microprocesos, enuncie un macroproceso que se desarrolle en la institución donde usted labora, un proceso intermedio que se derive de él y un microproceso.

Ejercicio 3

Siga los doce pasos enunciados para la realización del análisis procesos. Apóyese en el formato ilustrado en el anexo 2 para desarrollar estos pasos y en el ejemplo presentado en el anexo 1. Efectúe el ejercicio sólo de un proceso crítico.

Ejercicio 4

Usando el formato ilustrado en el anexo 3 de una matriz de priorización, desarrolle un ejercicio donde enuncie los problemas que interfieren con el proceso analizado en la actividad No. 2 y aplique los criterios de priorización. Apóyese en el ejemplo presentado en el anexo 4.

Ejercicio 5

Usando el formato ilustrado en el anexo 5 de una matriz para análisis de problemas, desarrolle un ejercicio donde analice los 5 principales problemas priorizados en la actividad No. 3. Apóyese en el ejemplo presentado en el anexo 6.

Ejercicio 6

Usando el formato ilustrado en el anexo 7 para la elaboración de indicadores, desarrolle un ejercicio donde aplique los pasos para la elaboración de indicadores. Apóyese en los ejemplos presentados en los temas de este módulo y en los presentados en el anexo 8.

Elabore cinco indicadores de estructura, cinco de proceso y cinco de resultado, todos ellos a partir de los procesos críticos encontrados en el desarrollo de la carta de proceso (ejercicio. 2) y de los problemas prioritarios detectados en el ejercicio3 del mismo tema.

Extensión máxima: Seis páginas

CURSO A DISTANCIA: GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA 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:

COORDINADORA: Dra. Sonia Cisneros Taja

TUTOR:

Puede fotocopiar esta forma y emplearla para enviar cada una de las actividades de evaluación.

A C T I V I D A D E S	FECHA DE ENVÍO	Número de hojas que anexa

Directorio

MARIO LUIS FUENTES ALCALÁ
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

MARÍA ELVIRA CONTRERAS SAUCEDO
Secretaria General de la CISS

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
Coordinador Académico General del CIESS

SONIA CISNEROS TAJA
Jefa (a.i.) de la División de Medicina Social 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