AAP8473

TESIS
GSS2002
M3

UNIVERSIDAD CATOLICA "ANDRES BELLO"
VICERRECTORADO ACADEMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
Presentado para optar al título de:

ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

APLICABILIDAD DE LA TÉCNICA DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO" DEL INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES. CARACAS – VENEZUELA. AÑO 2002.

REALIZADO POR: GRECIA YASMIN MARCANO DE FERNÁNDEZ
PROFESOR ASESOR: DR. ARMANDO COVA BELISARIO

Caracas, 30 de Septiembre de 2002

AGRADECIMIENTO:

Al Profesor Dr. Armando Cova Belisario por su experiencia y su tiempo.

Al Profesor Ph.D Jasper van Dillewijn por su amable colaboración.

A mis tres Ángeles por su paciencia y consideración.

RESUMEN

En el presente trabajo se hará una revisión monográfica acerca de los Círculos de Calidad, analizando la posibilidad de utilizarlos como herramienta para establecerla en un servicio de atención médica, con la finalidad de evaluar y mejorar permanentemente la calidad del servicio que se presta.
El Servicio de Emergencia del Hospital " Dr. Miguel Pérez Carreño" (HMPC) del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, ubicado en Caracas Venezuela, será el seleccionado para llevar adelante la presente revisión. Se trata de un hospital general tipo IV, docente, sede de postgrados universitarios en más de 20 especialidades médicas y quirúrgicas, actualmente su planta física y equipamiento se encuentran deterioradas. Sin embargo cuenta con un personal médico y paramédico de excelente nivel académico que se encuentra desmotivado por la situación del hospital. En su servicio de emergencia se atiende un promedio diario de 500 pacientes, más del 50 % de las emergencias de la ciudad de Caracas además de ser un hospital de referencia nacional, por estas razones se ha decidido escogerlo para la presente investigación.
La necesidad de mejorar en calidad estos servicios hace que las iniciativas para la implantación de un Programa de Calidad sean vistas como una alternativa en la búsqueda de soluciones a los múltiples problemas que existen.

INDICE Pág.

INTRODUCCIÓN.....5
Planteamiento del problema.....11
Objetivo general.....11
Objetivos específico.....11
CAPITULO 1: Generalidades acerca de la calidad, Calidad de servicio, Garantía, aseguramiento de la calidad, calidad total y mejoramiento continuo de la calidad..... 15
Definición de calidad.....15
Estrategias para la acción en la calidad médica.....18
Areas a considerar.....18
Estrategias.....19
Elementos.....20
Protagonistas.....21
Modelos de monitoreo de la calidad.....22
Definición de la calidad en la Atención Médica.....25
Garantía de la calidad.....25
Concepto de productividad total.....26
CAPITULO 2: CATEGORÍAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD.....29
CAPITULO 3: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS, ATRIBUTOS, PROPÓSITOS, PRINCIPIOS Y OBSTÁCULOS DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD.....33
Qué son los círculos de calidad?.....33

Definición de los círculos de calidad.....34
Estructura de los círculos de calidad.....35
Proceso de los círculos de calidad.....35
Características de los círculos de calidad.....35
Propósitos de los círculos de calidad.....37
Principios de los círculos de calidad.....37
Obstáculos de los círculos de calidad.....37
CAPITULO 4: ESTABLECIMIENTO, OPERACIÓN, OBJETIVOS, ORGANIZACIÓN DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD.....39
Etapas para la operación de un círculos de calidad.....40
Objetivos específicos de los círculos de calidad.....40
Organización de los círculos de calidad.....41
Capacitación para los círculos de calidad.....43

INTRODUCCIÓN

Durante la era industrial hace más de un siglo se dio inicio a diversas investigaciones relacionadas con los trabajadores, su ambiente laboral, metodologías para una mayor productividad. Autores como Taylor y Fayol establecieron postulados acerca de la Administración de las empresas, que aún en mis días conservan su vigencia, estos autores basaron su investigación en la productividad, en el producto y en el trabajador sin darle mayor importancia a los clientes. En los años 50 Deming escribió catorce postulados para el logro de la calidad dirigida a conseguir la satisfacción del cliente y la consecución del desarrollo personal y colectivo, también introdujo el "Control estadístico de los procesos": ..." Para lograr el cambio hay que lograr conciencia estadística en todos los procesos de la empresa"..., desde entonces han sido muchos los autores que han escrito sobre la necesidad de alcanzar niveles de calidad que le permitan a las empresas ser competitivas y mantenerse dentro del mercado. En la década de los 60, Avedis Donabedian aborda la calidad desde el propio campo de la salud, la identificó en lo técnico-científico, la interrelación médico-paciente o beneficiario-sistema y la satisfacción del paciente y/o proveedor, centra la evaluación de los desempeños desde el enfoque clásico de: estructura, proceso y resultados. En el mundo de hoy se ha venido insistiendo en que las empresas de servicio mejoren sus procesos y dirijan su atención a las necesidades de sus clientes, igualmente los servicios de salud se han venido adaptando a estos parámetros, haciendo esfuerzos por mejorar la calidad del

servicio que prestan. Es necesario adoptar procesos y metodologías dirigidas al logro de la calidad en las instituciones públicas donde sin contar con otros recursos distintos al personal ya existente y los mínimos necesarios para la operatividad ordinaria, se logre encontrar alternativas que nos permitan mejorar nuestra calidad de servicio sin aumentos exagerados de recursos económicos y sin arriesgar la seguridad pacientes.(Donabedian 1993)

Los Círculos de Calidad (CC) son una herramienta para el logro y mantenimiento de la calidad de las empresas, fueron ideados por W.E. Deming y puestos en funcionamiento por Kaoru Ishikawa (Ishikawa 1993), después de la Segunda Guerra Mundial en Japón, la misma está basada en la conformación de grupos de trabajadores que detectan problemas y sugieren soluciones a los problemas de producción y rentabilidad de las empresas manufactureras. Esta técnica ha sido ampliamente utilizada en el ámbito industrial con muy buenos resultados, en Japón existen más de un millón de círculos, al igual que en Estados Unidos y Europa, sin embargo su aplicación en el ámbito de empresas de servicios no ha tenido la misma acogida. En los últimos veinte años se ha generado una corriente continental dirigida a mejorar la calidad de los servicios de salud, para ello la OMS/OPS (Gilmore Carol, de Moraes Humberto 1996) ha realizado esfuerzos para introducir metodologías que logren unificar o estandarizar indicadores que garanticen la calidad de la atención de la salud; además han insistido en la necesidad de educar permanentemente al personal de salud para lograr el mejoramiento continuo de la calidad (Brito Pedro, Claren María y col 1994). A pesar de esos esfuerzos en Venezuela aún no se han generado políticas dirigidas de forma enérgica y contundente al logro y aseguramiento de la calidad de los servicios médicos del sector público.

Existe por parte de la población un rechazo o una predisposición negativa para acudir a los centros de salud públicos, debido a las

condiciones que han propiciado en dichas instituciones un perfil de "baja calidad" de atención, según consideran los usuarios, sin embargo por razones económicas no tienen otra opción y acuden masivamente a los grandes centros de salud públicos, con la idea de que allí, a pesar de las carencias, serán mejor atendidos.

Esta situación determina que la necesidad de lograr altos niveles de calidad no este asociada a la competencia entre proveedores de servicio, si no más bien esta necesidad está más ligada a optimizar la utilización de los recursos destinados al sector salud. Dichos recursos se han venido disminuyendo relativamente durante los últimos años situación opuesta a la que se vivió a comienzo de los sesenta cuando los centros públicos de salud contaban con el mejor personal médico, equipos de última tecnología y se logro dar una mejor calidad de la atención, a medida que ha pasado el tiempo, el avance y los costos de la tecnología, el crecimiento de la población, la ausencia de políticas de planificación y control de recursos ha provocado que la situación tienda a invertirse, lo que hace que se genere la necesidad de mejorar el uso de los recursos, optimizar la red primaria, lograr mayor equidad y mejor calidad percibida por los usuarios sin un incremento exagerado de recursos.

Nuestras organizaciones de salud pública no cuentan con ningún tipo de Programa o Plan que este dirigido al mejoramiento sistemático del servicio que prestan. No se han establecido protocolos de trabajo ni mecanismos para una evaluación constante de la calidad del servicio.

En el Hospital General "Dr. Miguel Pérez Carreño" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales se llevan adelante algunas evaluaciones que le permitirán certificarse como planta docente universitaria, dichas acreditaciones las lleva a cabo la Oficina de Planificación del Sector Universitario, las mismas tienen que ver con la capacidad de impartir formación médica, sin embargo hasta el momento nada se ha hecho con

respecto a definir las necesidades de los usuarios y establecer el nivel de calidad del servicio que se presta. Por esta razón que considero ampliamente justificada la motivación para llevar adelante esta investigación monográfica que posteriormente pueda constituirse en el primer paso para iniciar un proceso de mejoramiento continuo de calidad (MCC) en nuestras instituciones hospitalarias.

En las próximas páginas se desarrollara la propuesta que nos hemos planteado abarcando el tema desde un ámbito general en el primer capítulo donde se hará un recorrido histórico acerca del tema de la calidad, para luego revisar las diversas formas de evaluación que se han desarrollado en el tiempo, donde se justifica la escogencia de los CC como herramienta a estudiar, la misma será ampliamente expuesta en el tercer capítulo. Se analizará la aplicabilidad de la misma en el servicio de atención médica como el que nos ocupa basándonos en las experiencias obtenidas en otros países. En el capitulo cuatro se hará un breve análisis de la experiencia con los CC en algunas empresas venezolanas basado en el trabajo de Consuelo Iranzo 1991 y otras experiencias que se han obtenido con su implantación, es de hacer notar que hasta el momento no se ha publicado ninguna experiencia en servicio de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la idea de hacer una propuesta para la aplicabilidad de la herramienta CC, hemos escogido al Servicio de Emergencia del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño"del IVSS, debido a los resultados obtenidos en la evaluación preliminar de ese servicio, entre los meses de Mayo y Junio del 2001(Luna, Martino y col 2001), a través de encuestas dirigidas a los usuarios internos (Médicos, enfermeras, camareras y camilleros) y a los usuarios externos

(Familiares o pacientes que se encontraban en observación) allí se evidenciaron algunas características interesantes con respecto a la calidad del mismo, entendida esta como la satisfacción de usuarios internos y externos, por una parte se encontró un alto porcentaje de insatisfacción de los usuarios internos predominantemente los profesionales (médicos y enfermeras), básicamente en cuanto a motivación en el trabajo, remuneración, estímulo por parte de la institución. De forma contrastante un alto porcentaje de los usuarios externos encuestados respondieron que el servicio que se presta es bueno, en cuanto a calidad humana del personal, limpieza del servicio, medicamentos, etc. estos resultados pudieran tener diferentes explicaciones no obstante nos da una idea de la situación que se presenta en esta institución, donde a pesar de múltiples carencias tecnológicas, reducido espacio e incomodidad, aún los usuarios manifiestan que el servicio es bueno, lo que por supuesto implica que debe y tiene que ser mejorado y para ello la institución deberá crear un mecanismo que permita a su personal una evaluación y una búsqueda permanente de soluciones a los múltiples problemas que se presentan logrando un mejoramiento constante de la calidad. Por esta razón consideramos altamente justificado el análisis de esta herramienta, que nos permita establecer un método de mejoramiento continuo de la calidad (MCC). Debe ser un método que propicie la búsqueda de soluciones creativas a los problemas de atención que se detecten, para este fin, la creación de uno o varios Círculos de Control de Calidad formado por personal del servicio, médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería, camareras, camilleros. Según la filosofía con la que han sido concebidos los CC son la herramienta más efectiva para lograr la mejoría continua de la calidad de servicio prestado, por tanto nuestro problema quedaría definido así:

¿Son los círculos de calidad la herramienta de evaluación idónea para mantener una alta calidad de atención médica en el Servicio de emergencia del Hospital General del "Dr. Miguel Pérez Carreño?

OBJETIVO GENERAL

Estudiar, analizar y adaptar los fundamentos teórico prácticos de la herramienta de control de calidad conocida como Círculos de Calidad (CC) con fines a establecer los principios y elementos prácticos para la operacionalización de dicha herramienta en el Servicio de Emergencia del Hospital "Dr. Pérez Carreño", con fines a su establecimiento y permanencia como metodología de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en dicho Servicio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Estudiar las bases filosóficas y operativas de los círculos de calidad

2. - Analizar la conformación, funcionamiento y objetivos de los CC, su aplicación en el área industrial y médica para su posible aplicación en el servicio de emergencia del HMPC.

3.- Revisar los posibles obstáculos que pudieran presentarse para poder iniciar y establecer los CC en el servicio de emergencia del HMPC.

4.- Exponer las ventajas y desventajas que pudieran presentarse en un proceso de introducción de los CC en el servicio de emergencia del HMPC.

CAPITULO 1: GENERALIDADES ACERCA DE LA CALIDAD, CALIDAD DE SERVICIO, GARANTIA, ASEGURAMIENTO, CALIDAD TOTAL Y MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.

En el presente capítulo haremos una exposición acerca de la historia, evolución y actualidad del concepto de calidad, garantía de la calidad, aseguramiento de la calidad, calidad total y mejoramiento continuo de la calidad. Debemos establecer claramente los conceptos válidos en la introducción de una herramienta que nos permita mejorar de forma continua el proceso de atención médica. Contenido del presente capítulo:

Definición de Calidad

Bases teóricas e historia de la Calidad

DEFINICIÓN DE CALIDAD

El Diccionario de la Real Academia Española (DRAE 22ª Edición 2001) define la Calidad como: Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Calidad de vida: Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.

El término calidad tiene distintos significados uno de ellos pudiera ser: "la satisfacción de las expectativas de los clientes en cuanto al rendimiento de productos y la prestación de servicios por parte de una organización, corriendo su valoración a cargo de dichos clientes". (Gibson 1998).

El concepto de calidad (Sotillo 2001) es un término que evoluciona bajo la influencia del entorno económico, socio-cultural y tecnológico, por lo que su significado ha variado en el tiempo. Con las innovaciones introducidas en el área industrial por F. Taylor a finales del siglo XIX en cuanto a la organización de talleres, análisis de métodos y tiempos, el papel de la inspección adquirió gran importancia para garantizar la calidad de los productos elaborados, con el aumento de la especialización, la división de tareas y la producción masiva se hizo necesaria una inspección más estricta y formal.

Radford en 1922 vincula formal y definitivamente la inspección al control de calidad, convirtiéndose esta por primera vez en una función independiente (Ibíd.).

En 1931 Walter A. Shewart publicó la obra "Economic Control of Quality of Manufactured Products", donde estableció el control estadístico de la calidad el cual requiere que los datos derivados de las medidas de los procesos o productos sean analizados de acuerdo con una teoría de variación, que vincula los resultados a los procedimientos de fabricación; considera que la calidad es un atributo que puede adoptar un valor numérico, es decir se trata de una variable. Este control estadístico se aplicó de forma manifiesta durante la segunda guerra mundial, cuando el Departamento de Guerra de los Estados Unidos estableció un comité que definió los estándares de calidad para producir el armamento.

A final de la Guerra, en 1946 cuando se introduce el Control Estadístico de Calidad en el Japón, se destacaron cuatro autores en el movimiento de calidad de ese país, el cual se inició basado en el trabajo de los estadounidenses: W. Eduards Deming, J.M. Juran, Armand V. Feigenbaum y Philip B. Crosby, los japoneses adoptaron las teorías de estos autores logrando un enorme éxito en sus industrias en forma sostenida y creciente, además han hecho adaptaciones propias a su entorno y han creado nuevos

métodos para el logro de la calidad, entre estos se encuentran: los Círculos de calidad de Kaoru Ishikawa, el sistema Justo a Tiempo de Taichi Ohno, etc (Ibid, Crosby 1979).

Deming conocido como el hombre que descubrió la calidad, basó su teoría en catorce puntos, doto a las teorías del control estadístico de la calidad de un componente humano propugnando la resolución de problemas mediante la investigación de las necesidades actuales o potenciales del cliente, establecer el compromiso de atender a los clientes de la organización de acuerdo con lo que ellos consideren un servicio aceptable (Gibson 1998). Igualmente Juran, consideró que la gestión directiva de la calidad está compuesta por tres procesos: Planificación de la calidad, Control de la calidad y Mejora de la calidad, advirtió que la calidad ha pasado a ser una condición imprescindible para la supervivencia empresarial. Asimismo Feigenbaun propuso que el trabajo de producción es trabajo de todos los integrantes de la organización, mientras que el cliente es el centro del enfoque y crea el Control de Calidad Total. Por su parte Crosby establece su "Filosofía de Cero Defectos" es decir lograr que los procesos y productos no tengan defectos detectables, mediante la educación y motivación de todos los integrantes de la organización, clasifica a los clientes en inmediatos y finales o externos e internos(Crosby 1979).

Desde los años sesenta Avedis Donabedian identificó la calidad en diferentes situaciones ligadas a la salud: la calidad técnico científica, la interrelación médico paciente y la satisfacción del cliente / proveedor centrando la evaluación en los desempeños desde el clásico enfoque de: estructura, proceso y resultados (Fernández 2001). Se han generado estrategias para la acción en el campo de la calidad de atención médica, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. Áreas a considerar en el campo de la calidad

2. Las estrategias para orientar la búsqueda de la calidad
3. Los elementos o atributos que comprende
4. Actores principales
5. Modelos de monitoreo de calidad

ESTRATEGIAS PARA LA ACCION EN LA CALIDAD MEDICA

1.- **Áreas a considerar**: La calidad abarca varias dimensiones básicas que deben ser tomadas en cuenta para poder mejorar la realidad

- Según la base teórica en cuanto a los conceptos sobre calidad de atención médica se orientará a la tarea y se le dará direccionalidad. Actualmente podemos seguir tres orientaciones:

  Calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos
  Calidad centrada en las expectativas del paciente / cliente
  Calidad como herramienta gerencial

En cada caso quienes definen la calidad, son diferentes, en el primero los profesionales más prestigiosos, en el segundo los usuarios del servicio y en el ultimo quienes conducen y administran. Cada uno de estos enfoques requiere de técnicas y procedimientos diferentes y por tanto diferentes modelos de monitoreo de la calidad, los cuales no son excluyentes pero se debe tomar en cuenta el enfoque, para establecer las técnicas y procedimientos a utilizar.

- Nivel de acción: Corresponde al nivel o sujeto concreto de auditoria.
  Macro: Políticas de salud
  Meso: Sistema y sub-sistemas

Micro: Calidad en los establecimientos sanitarios desde un consultorio hasta un hospital de alta complejidad.

- **¿Cómo se evalúa? : Se debe medir el grado de calidad alcanzado y compararlo con el deseado o ideal.** Para elegir las técnicas más adecuada se debe tener en cuenta lo siguiente:

Debido a la complejidad y los diversos atributos que conforman la calidad se debe definir el sujeto de evaluación, el componente, aspecto y actividad o acción donde queremos conocer el aquí y ahora.

Se debe ejecutar más de una actividad evaluativa para aproximarse a la realidad, usar criterio de complementariedad o de triangulación.

2.- **Estrategias para orientar la búsqueda de la calidad:**

En las últimas décadas el tema de la evaluación ha sufrido una evolución conceptual que ha venido incorporando primero herramientas para evaluar (errores, desvíos) y luego ha enfatizado las estrategias de cambio para mejorar, importa menos encontrar errores que determinen acciones punitivas que considerar los problemas como **oportunidades** para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales. La toma de decisiones que determinen cambios hacia el mejoramiento permanente de las situaciones que se encuentren debilitadas. La evaluación es un medio para conocer la realidad, la cual no nos satisface, por lo que se debe intentar mejorarla; es entonces cuando debemos instaurar el ciclo "evaluar-mejorar". Evolucionando desde las estrategias meramente evaluativas hacia las estrategias integrativas de garantía de calidad.

La dirección de las estrategias está vinculada con el marco conceptual en el cual se inscriben el cual ha sufrido una evolución conceptual que amplió su horizonte incorporando primero herramientas para evaluar (errores, desvíos)

y luego enfatizando los de cambios para mejorar. Por lo tanto se ha pasado de un esquema restringido a uno donde se involucra a toda la institución, con las siguientes ideas:

- Es necesario diseñar un sistema permanente de evaluación-mejoramiento que utilice múltiples técnicas.
- Es más importante considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales.
- La calidad es un horizonte móvil de mejoramiento permanente ya que como la perfección, es una utopía que nunca se alcanza.
- Se hace necesario la cultura de la calidad

3.-**Los elementos**

Tanto Donabedian como Vuori identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada por un servicio o sistema. En el siguiente listado se han unificado ambas propuestas:

Efectividad: Resultado de las acciones de salud sobre la población objeto de los mismos correctos.

Eficacia: Logro de objetivo del servicio sobre los usuarios.

Eficiencia/optimidad: Lograr un propósito con el mínimo de recursos. Relación entre los efectos de un programa o servicio de salud y los gastos correspondientes de recursos e insumos.

Equidad: Existencia de recursos (humanos, físicos, financieros) conque se cuenta para poder atender a una población dada. A mayor necesidad mayor recurso.

Accesibilidad: Condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud.

Adecuación de los servicios: Relación entre los recursos existentes y el sujeto o la población a la cual están destinados.

Calidad técnico-científica: Conjunto de conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas necesarias para el proceso de atención médica y para alcanzar los efectos deseados tanto por los proveedores como por los usuarios.

Esto refleja que el concepto de calidad de atención médica incluye muchas cualidades, por lo tanto debe ser contextual izado para ser operativo.

4..- **Los Protagonistas**

Las siguientes categorías han sido influidas por el concepto de Calidad Total que introduce la distinción entre clientes externos e internos, pudiendo considerarse en salud a los siguientes:

Pacientes o beneficiarios
Trabajadores de la Salud
Administradores de los servicios
Dirigentes o dueños de los servicios

Cada grupo tiene distintos intereses o expectativas con respecto a la calidad de los servicios, a veces esos intereses son convergentes pero en ocasiones entran en conflicto o competencia.
Uno de los aciertos de la estrategia de Calidad Total es considerar que la misma debe satisfacer a distintos actores que se agrupan en dos categorías:

Clientes externos y clientes internos. **Habrá calidad total si cada unidad de producción interna entrega a las restantes un producto o servicio de calidad.**

5.-**Modelos de monitoreo**

Existen tres modelos u orientaciones posibles para monitorear la calidad de atención médica, los cuales se complementan y se relacionan. Es preciso distinguirlas para resolver lo que se considere prioritario, de interés institucional y factible de realizarse.

AUDITORIA TÉCNICO ADMINISTRATIVA

Es un área de Mejoramiento de la Calidad centrada en el control eficiente de las prestaciones, de la utilización adecuada de los servicios, del rendimiento de los recursos (Fernández 2001)

MODELO INDUSTRIAL

Tiene su origen en las empresas preocupadas por la productividad y la calidad de sus productos, cuya estrategia es la búsqueda de la calidad a través de la cercanía con los deseos del cliente, la aplicación del concepto de calidad total, el reconocimiento de la persona y la administración participativa (Ibíd.).

De acuerdo con Karl Albrecht 1999: "La gerencia del servicio es un método organizacional total, para hacer del mejor servicio la fuerza motriz del negocio". Es un concepto de transformación, un proceso de pensamiento, un conjunto de valores y actitudes.

MODELO MEDICO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Llamado así por Donabedian; tiene su origen en el área de la salud, utiliza el método clínico y epidemiológico como herramientas fundamentales para la evaluación, respetando la organización jerárquica de los establecimientos de salud; a diferencia del modelo industrial, en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad de servicio, en el presente modelo el acento se coloca en el desempeño de las unidades asistenciales de modo que los integrantes son los que hacen el gran aporte a la atención, **por ello para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema sino de conductas,** además promueve uno de los postulados del modelo industrial que es la educación permanente del trabajador.

En este último se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de salud. Sin embargo este modelo se diferencia en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Donabedian expone estas responsabilidades desde tres puntos de vista, lo que le suma complejidad al tratamiento de la calidad en la atención médica:

En cuanto a la responsabilidad hacia los individuos:

Los médicos tenemos la responsabilidad fiduciaria: de actuar en nombre de los pacientes, debido a que la mayor parte de las veces no están capacitados para distinguir ente una buena o mala atención desde el punto de vista científico, por lo que debemos servir a sus intereses de la manera

que nos parezca más adecuada. Por otra parte nuestros conceptos acerca de cómo manejar las relaciónes interpersonal son infinitamente mas complejos que los intercambios entre clientes y proveedores en el mundo de los negocios y por último nuestro "cliente" es parte de la "línea de producción", ya que la atención a la salud es un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, por lo tanto la capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados de salud es un atributo sobresaliente de la calidad de atención.

En cuanto a la responsabilidad hacia la sociedad, nos rige un contrato social distinto al que regula los negocios o la industria. Es digno de mencionar la obligación de lograr la equidad en la distribución de los beneficios de la atención a la salud y la necesidad fundamental de la relación entre los costos y la calidad.

Por último Donabedian compara el modelo industrial y el de atención médica en cuanto a la responsabilidad para la gestión de las relaciones entre costos y calidad; en el primero se ha evidenciado que los costos que genera las mejoras de calidad son compensados con la eficiencia en la producción y con el aumento de las ventas, mientras que en la atención de salud el aumento de los costos al incrementar la calidad no tienen un retorno en recursos económicos lo que podría tacharla de improductiva o de desperdicio, por lo tanto a diferencia del modelo industrial, estamos orientados al balance entre los costos y los beneficios debido a que hay una menor influencia de las fuerzas del mercado y mayor de los imperativos éticos y sociales. Lograr la armonía entre las preferencias y los intereses individuales y los de orden social, es un problema complejo en el modelo de atención a la salud.

A pesar de haberlos separado, estos tres modelos coinciden en el énfasis y la búsqueda de la calidad: todos son beneficiosos y posibles de coexistir, lo que hace necesario establecer todo tipo de acciones formales dentro de las instituciones de salud que sean sistemáticas y permanentes (Fernández 2001).

DEFINICIÓN DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA:

La Calidad en la atención médica es el conjunto de características que deben tener los servicios de salud en el proceso de atención de los usuarios desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por los proveedores como por los usuarios.

Avedis Donavedian la define como: el atributo fundamental de la atención médica, depende de la interacción de las personas y las estructuras, de los sistemas, procesos y recursos disponibles para la prestación de dicha atención, lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

Se entiende por **Garantía de la calidad** el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad. Humberto de Moraes (Paganini J, de Moraes H. OPS/OMS 1992) la definió en el área de la salud como: ..." un sub.-programa de la programación local de los servicios de salud, que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo de acuerdo con el avance reciente de las ciencias médicas." "... para ello se utilizará el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgos de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes al tratamiento; obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente del nivel de atención."

La preocupación por la calidad ha venido presentándose en todos los ámbitos, en el año 1988 la OPS (Ibíd.) Realizó un taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe, con representantes de nueve países inclusive Venezuela, en esa reunión se puso en evidencia la necesidad de darle mayor relevancia al concepto de Calidad, como atributo fundamental de la atención médica; Allí se concluyó que el poco desarrollo de los procedimientos de evaluación de la calidad tiene varias causas según el sistema de salud imperante, además se llego a lo siguiente:

" a.- La calidad de la atención médica no ha sido, todavía, considerada prioritaria –salvo en contadas excepciones- en las políticas de salud de los países de América Latina y el Caribe.

b.-Los prestadores de atención médica, tanto en el ámbito profesional, como institucional, han considerado al control de calidad como un acto contrario a su independencia.

c.- La evaluación, todavía no es aceptada como un instrumento técnico o gerencial."

Esto evidencia que nuestros países se han involucrado tardíamente al tema de la calidad en salud, debido a una actitud cerrada por parte de los dirigentes políticos y médicos frente a los cambios necesarios para su implantación en ésta área, sin embargo en los países del primer mundo no solo se han adoptado metodologías diversas en la búsqueda del mejoramiento continuo sino que además ya comienzan a generarse otros conceptos tal y como lo expone Ankus Gupta, quien propone un cambio de paradigma en la industria hospitalaria, donde se ha evidenciado fallas en la implantación de la Calidad Total (TQM Total Quality Managment) y él propone insistir en el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI Continuos Quality Improvement) y el Manejo de Productividad Total (TPM Total Productivity Managment) entendiendo este último al hospital como un grupo de Unidades de Servicio Estratégico (USE), cada una con ingreso de

recursos individual, métodos de logro de productividad, medidas para mejorar la productividad en términos de recambio volumétrico y mecanismos de control para el mejoramiento y mantenimiento de la calidad, en este enfoque propone el desarrollo de los CC como base para la implementación del Mejoramiento Continuo de la Calidad.

En el presente trabajo deseamos establecer un método de evaluación de calidad que nos permita abarcar todos los atributos involucrados en la calidad de atención médica del servicio de emergencia del HMPC, que tenga permanencia y seguimiento en el tiempo a fin de que nos permita planificar las decisiones y acciones a tomar para mantener un mejoramiento continuo de la prestación del servicio. No obstante antes de iniciar cualquier evaluación se deben tener en cuenta las siguientes premisas:

1.-Respetar los intereses de la institución
2.-Considerar la factibilidad de las acciones
3.-Iniciar por los problemas de mayor riesgo para los pacientes
4.-Tomar en cuenta los aspectos legales de la actividad
5.-Preservar la rigurosidad y discreción en la obtención de información
6.-Formalizar los proyectos y difundir los resultados dentro de la institución
7.-Buscar formas de incorporación o cooperación de grupos de estudio o comités relacionados con el tema.
8.-Buscar aliados para favorecer las acciones e identificar obstáculos
9.-Obtener la participación de aquellos cuyos desempeños son evaluados y la participación de la población asistida.

Todo esto tratando de lograr un consenso organizacional que permita que el cambio se establezca sin mayores obstáculos y que a su vez se vaya

internalizando en los procesos formales de la institución con la idea de integrar la calidad a todo su funcionamiento.

CAPITULO 2: CATEGORÍAS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD:

La evaluación es una función del proceso administrativo, es la función guía para la dirección de la gestión administrativa. Si no se evalúa no se adquiere conciencia de dirección (Pabón 1987). En cuanto a la evaluación de la calidad, se trata del establecimiento de metodologías o herramientas que faciliten establecer los niveles alcanzados por diversos atributos del concepto de calidad, que nos permitan poder cuantificar de alguna manera la evolución positiva o negativa de esos atributos, como son las características de un buen servicio: Integridad, oportunidad, continuidad, contenidos técnicos y calidad humana. Existen varias categorías de evaluación según las condiciones que se tomen en cuenta:

Por Origen	Por problemas detectados Planificadas
Por Momento de realización	Previas al acto, concurrentes y posteriores o retrospectivas
Por Enfoque conceptual	Evaluación de estructura, procesos, Resultados.
Por Tipos de técnicas	Cuantitativas y cualitativas

Por Validez de resultados	Evaluación confiable, dudosa, O no confiable.
Según Participación de Personas Involucradas	Evaluaciones participativas Evaluaciones técnicas
Según la base que sustenta los Juicios	A través de criterios orientadores, Opinión de consultados, A través de estándares, indicadores A través de Normas, reglas de atención
Según categorías de fenómenos a estudiar	Episodios clínico-quirúrgicos, even- tos adversos, procedimientos diag- nósticos, etc. Terapéuticas selectivas

Para todas estas modalidades de evaluación se requiere de información: datos que nos permitan conocer la realidad del área evaluada, para lo cual se requiere de técnicas de obtención de datos, las cuales se han clasificado en cualitativas y cuantitativas. Por mucho tiempo se prefirió el uso de estas últimas por aquel principio de Galileo: " se debe medir todo lo medible y hacer medible todo lo que no es", sin embargo por la interrelación humana que implica la atención médica se han incorporado técnicas que se basan en juicios en los que están involucrados (profesionales, técnicos, comunidad) recogidos y procesados con cierta metodología que le otorga validez. Entre ellas tenemos: Entrevistas, talleres de confrontación, encuestas de opinión, autopsia oral, círculos de calidad, etc. De entre todas

ellas hemos escogido a los CC, que se inserta en el grupo evaluaciones participativas, como la herramienta más completa y adecuada para el mejoramiento continuo de la Calidad en un establecimiento de Salud. Basándonos en que se trata de una técnica que estimula el auto desarrollo y la creatividad de sus miembros, considerando que una parte fundamental de la calidad en salud tiene que ver con la interacción del personal con el paciente, con el calor humano y la capacidad y destreza que tenga ese personal en el manejo del individuo enfermo y su familia. Tomando en cuenta además lo reportado por Luna y col. 2001 en el propio servicio de emergencia del HMPC, cuya evaluación arrojo que la mayoría de su personal médico y de enfermería presenta bajos niveles de motivación. Los CC nos permitirán capacitar mejor al personal en un proceso continuo de aprendizaje y estímulo. Como ha podido evidenciarse en diversas experiencias internacionales realizadas en Alemania, Malasia, Sarawak, Japón y México entre otros, donde se ha reportado que la motivación y el crecimiento personal puede lograrse con dicha técnica. Estos autores establecieron dicha herramienta como estrategia de un programa de garantía de la calidad en Institutos de atención médica y otras empresas de servicio, sin embargo en el trabajo realizado por los mexicanos se plantean algunas dificultades para su implementación y adaptaciones requeridas a la herramienta original para poder incluirla en el entorno del trabajo en servicios y lograr mejorar la comunicación horizontal y vertical, esta última predominando en estas instituciones (Ruelas Barajas y col.1990).

Casi todas las experiencias internacionales encontradas en cuanto a la implantación del los CC, se encuentran insertadas en el contexto de un cambio organizacional más amplio apoyado firmemente por la directiva de esas organizaciones. Uno de los obstáculos que se evidencian, es la estimación de los costos, que implica establecer este mecanismo, sin

embargo se ha logrado demostrar en algunos casos que esos "gastos", han dado como resultado cambios que han logrado un uso racional de los recursos, mayores ingresos, acortamiento de tiempos de espera, mayor satisfacción de los usuarios etc. permitiendo así no solo justificar los mismos sino más bien considerarlos una "inversión".

Se han observado buenos resultados no solo en empresas de manufactura sino también en empresas de servicio, esto se ha demostrado firmemente en empresas de manufactura; sin embargo en las empresas de servicio la medición de esos buenos resultados se hace difícil.

CAPÍTULO 3: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y ATRIBUTOS DE LOS CÍRCULOS DE CALIDAD ESTABLECIMIENTO DE LOS CÍRCULOS DE CALIDAD, OBJETIVOS DE LOS CÍRCULOS DE CALIDAD SU OPERACIÓN Y ORGANIZACIÓN.

¿QUÉ SON LOS CÍRCULOS DE CALIDAD?

Existen diversas definiciones, entre las cuales seleccionaremos algunas para aclarar suficientemente de que se trata:

Con la publicación del primer número de la revista Gemba-to-QC (Control de calidad para supervisores), en Japón, que apareció en Abril de 1962 se comenzó la actividad de los círculos de Control de Calidad, en dicha publicación Ishikawa (1962) emitió la siguiente: " ... declaración de política:

1. Hacer que el contenido sea fácil para que todos los entiendan. Nuestro deber es educar, entrenar y promover el CC (Control de Calidad) entre los supervisores y los trabajadores que ocupan la primera línea de nuestra fuerza laboral. Queremos ayudarles a mejorar su capacidad de manejo y de progreso.
2. Fijar un precio bajo para que la revista pueda llegar a todos. Queremos que sea leída y aprovechada por el mayor número de supervisores y trabajadores en línea.
3. En los talleres y otros lugares de trabajo se organizarán grupos de trabajadores dirigidos por sus propios supervisores. Estos grupos se llamarán Círculos de control de calidad. Los círculos de CC usarán la revista como texto de estudio y se esforzarán por resolver los problemas que se presenten en su lugar de trabajo. Los círculos de

CC vendrán a ser el núcleo de las actividades de control de calidad en sus respectivos talleres y lugares de trabajo".

Ishikawa recomendó que la participación fuera de carácter voluntario y que se inscribieran en la revista e hicieran publicar los nombres de los miembros a fin de que se sintieran más responsables y complacidos al ver sus nombres en la revista FQC (Ishikawa 1985). En 1963 se creó el Centro de Círculos de CC para promover las actividades de los Círculos .

"Un círculo de calidad es un grupo pequeño de trabajadores, que realizan tareas similares y que voluntariamente se reúnen con regularidad, en horas de trabajo, son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y las posibilidades de mejora relacionados con su trabajo, recomendar soluciones y presentarlas a la dirección y si ésta las aprueba llevar a cabo su implementación".

Se refiere tanto a una estructura como a un proceso (Thompson 1997).

Entre las **ideas básicas** subyacentes en las actividades de los círculos, Ishikawa planteó las siguientes: ..."

1. Contribuir al mejoramiento y desarrollo de la empresa
2. Respetar a la humanidad y crear un lugar de trabajo amable y diáfano donde valga la pena estar.
3. Ejercer las capacidades humanas plenamente, y con el tiempo aprovechar capacidades infinitas"

Además mencionó diez factores como **pautas** útiles para dirigir esas actividades": ...

1. Auto-desarrollo

2. Servicio voluntario
3. Actividades en grupo
4. Participación de todos los empleados
5. Utilización de técnicas de CC
6. Actividades íntimamente relacionadas con el lugar de trabajo
7. Vitalidad y continuidad de las actividades de CC
8. Desarrollo mutuo
9. Originalidad y creatividad
10. Atención a la calidad, a los problemas y a la mejora.

Las ideas básicas subyacentes en los círculos de CC se encuentran en estos diez factores".

Estructura de los Círculos de Calidad: Se refiere a la forma como está integrado el grupo y se define dé acuerdo con la posición de los miembros dentro de una organización, usualmente está compuesto por personal de una misma área de trabajo.

Proceso en los Círculos de calidad: El mismo está dividido en cuatro subprocesos:

1. Identificación de problemas y diseño de soluciones
2. Exponer los resultados a la Dirección
3. Ejecución de la solución por parte de la organización
4. Evaluación del éxito de la propuesta

Características de los Círculos de Calidad:

- Son grupos pequeños, desde cuatro a quince personas.

- Todos deben trabajar en la misma área y reunirse a intervalos fijos de tiempo, dentro de su horario de trabajo y recibir una remuneración adicional por este trabajo (Thompson 1997).
- Deben tener el mismo jefe o supervisor, quien a su vez también es integrante del Círculo.
- En el Círculo las decisiones se toman por consenso entre todos los miembros. No existe jefatura
- La participación es voluntaria
- Se reúnen periódicamente para analizar y resolver problemas que ellos mismos descubren o que le son propuestos a su jefe.
- Deben reunirse en lugares alejados del área de trabajo.
- Deben recibir capacitación especial previa a la creación del círculo y continua durante su operación.
- Los Círculos deben recibir asistencia o asesoría para analizar un problema y decidir al respecto.
- Los Círculos habrán de recibir apoyo de un Asesor (interno o externo), que asistirá a todas las reuniones, pero que no es miembro del Círculo.
- La Dirección General y los expertos técnicos deben comprometerse a brindar su ayuda a los Círculos de Calidad.
- La Dirección establece los objetivos, políticas y pautas de las actividades de los Círculos de Calidad y sustenta el sistema de los mismos mediante los recursos adecuados y el interés de la Dirección.
- Las soluciones serán presentadas previamente a los gerentes y los expertos técnicos para evaluar la viabilidad de la propuesta.
- Se realizarán evaluaciones periódicas para comprobar si se proporciona lo necesario para la operación de los Círculos de Calidad, así como para la ejecución de las propuestas que de éstos se deriven.

- Los círculos de calidad deben mantenerse permanentemente en operación, procurando siempre su mejoramiento.

PROPÓSITOS DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD:

- Contribuir a desarrollar y perfeccionar la empresa o servicio. Crecer en calidad, innovación, productividad y servicio al cliente.
- Crear un lugar de trabajo cómodo y rico en contenido, apto para el desarrollo de la inteligencia y la creatividad del trabajador.
- Aprovechar y potenciar al máximo todas las capacidades del individuo, lo que provoca un efecto multiplicador cuyos resultados suelen sobrepasar los cálculos y estimaciones más optimistas.

PRINCIPIOS DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD:

- Respeto al individuo, a su inteligencia y a su libertad.
- Reconocimiento a todos los niveles, que nadie conoce mejor una tarea, un trabajo o un proceso que aquel que lo realiza cotidianamente.
- Potenciación de las capacidades individuales a través del trabajo en grupo.

OBSTÁCULOS QUE PUEDEN ENCONTRARSE:

- Que la alta gerencia tenga un concepto equivocado de los CC.
- Que el nivel medio y de los supervisores se opongan a la introducción de los CC.

- Que la capacitación no sea suficiente en calidad y cantidad.
- Que la oficina de los CC desee convertirse en un imperio dentro de la organización
- Imposibilidad de llevar a la práctica las propuestas que surgen de los CC.
- Imposibilidad de evaluar los resultados del proceso de los CC

CAPITULO 4: ESTABLECIMIENTO, OPERACIÓN, OBJETIVOS, ORGANIZACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD

Para introducir los círculos de calidad en una institución médica se requiere:

1. Convencer y comprometer a la Dirección General en el proceso y crear una oficina para los CC, cuyo objetivo sea promover el proceso a través de toda la institución (Thompson 1997).
2. Establecer la organización necesaria para la administración de los Círculos de calidad, a partir de una Unidad Administrativa encargada de coordinar su introducción y operación, la cual en la mayoría de los casos deberá ser creada, oficina para los CC, basada en la comprensión del objetivo a largo plazo: hacer que los CC se conviertan en una parte permanente y auto sostenida del proceso administrativo.
3. Comprometer al sindicato
4. Desarrollar un plan para la introducción de los círculos de calidad a efecto de que estos formen parte de la operación de la institución.
5. Reglamentar la forma de operación de los círculos
6. Desarrollar los sistemas de apoyo para los círculos de calidad, desde el lugar de reuniones hasta la creación de las reglas del proceso.
7. Preparar programas de capacitación para todos los miembros de la institución
8. Aplicar programas de capacitación a todo el personal y niveles de la institución, para establecer un conocimiento y metodología de trabajo homogéneos

9. Disponer de los apoyos didácticos y logísticos para las tareas de los círculos de calidad.

ETAPAS PARA LA OPERACIÓN DE LOS CÍRCULOS DE CALIDAD:

Primera etapa se ubica en el nivel de los empleados, quienes identifican un problema, lo analizan y presentan una solución viable, estructurada y documentada a la gerencia.

Segunda etapa se realiza a nivel Gerencial, quienes escuchan las propuestas emanadas de los Círculos de calidad, las evalúan y deciden si pueden ser puestas en practica o no. Si la decisión es favorable, elaboran un plan para ejecutar la propuesta y lo ponen en marcha con la mayor brevedad posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS CÍRCULOS DE CALIDAD:

1. Propiciar un ambiente de colaboración y apoyo recíproco a favor del mejoramiento de los procesos operativos y de gestión.
2. Fortalecer el liderazgo de los niveles directivos y de supervisión.
3. Mejorar las relaciones humanas y el clima laboral.
4. Motivar y crear conciencia y orgullo por el trabajo bien hecho.
5. Concientizar a todo el personal sobre la necesidad de desarrollar acciones para mejorar la calidad.
6. Propiciar una mejor comunicación entre los trabajadores y los directivos o gerentes.

7. Dar a conocer los avances y obstáculos a vencer para lograr una mejora constante.

ORGANIZACIÓN DE LOS CIRCULOS DE CALIDAD

Una vez tomada la decisión de formarlos debe desarrollarse la organización básica para su instalación y operación, para lo cual se distinguen dos grupos determinantes:

El Comité de Dirección del proceso: formado por los niveles superiores de la organización, quienes coordinan las actividades necesarias para la introducción y el mantenimiento en operación de los CC. Igualmente deciden acerca de la viabilidad de las propuestas y vigilan su instrumentación. Es recomendable que no exceda de trece integrantes.

Oficina de los Círculos de Calidad: Es la encargada de la administración del programa. Elabora el plan de introducción y vigila su ejecución. Es responsable de la contratación de la asesoría externa y de los instructores que se requieran. Controla e informa de los avances a la Dirección.

Existen otros personajes encargados del desarrollo de los Círculos de Calidad, entre ellos tenemos:

El Facilitador: Responsable de dirigir las actividades de los círculos y atiende sus juntas, es miembro de la oficina y sirve de enlace entre los círculos y el resto de la organización. Reporta a una alta autoridad. Puede encargarse también del entrenamiento de líderes y de la formación de otros círculos.

El Líder del CC: El supervisor es el jefe natural del grupo de trabajo y a la vez el símbolo del respaldo de la gerencia. Con el tiempo los integrantes elegirán al líder que más prefieran. Entre sus responsabilidades tenemos:
Crear un ambiente participativo, Utilizar técnicas que permitan que cada uno exponga su punto de vista. Ayudarles a tomar decisiones sin conflictos, asegurarse de que alguien se encargue de llevar a cabo las decisiones y acuerdos, dar seguimiento a las propuestas y resoluciones tomadas.

El Instructor: Organiza y realiza los cursos de capacitación para gerentes, supervisores, miembros, asesores y jefes de los círculos.

El Asesor: Es el eje de acción dentro del proceso de introducción de los círculos. Aconseja a los líderes sobre el manejo de las reuniones, la solución de problemas y en la forma de presentar los casos a la gerencia. Sirve de mediador dentro de ellos y entre ellos y el resto de la organización. Cumple tres funciones principales:
Supervisa que los miembros pongan en práctica lo aprendido en su capacitación, controla las actividades del círculo con el fin de garantizar que los miembros cumplan con las reglas del proceso y garantiza que el supervisor no domine al grupo.

El Experto: Es aquél que por su conocimiento científico o técnico esta facultado para dictaminar la factibilidad de la solución o medida propuesta por el círculo de calidad.

El jefe de la oficina de los CC mantiene las relaciones con la alta gerencia y debe cuidar por mantener los fondos suficientes para su operatividad, mientras que el Asesor mantiene un estrecho vínculo con los líderes y miembros de los CC.

CAPACITACION PARA LOS CIRCULOS DE CALIDAD

La capacitación inicial, en una estrategia de "arriba hacia abajo", debe dirigirse al facilitador y los gerentes, el facilitador a su vez entrena a los líderes quienes entrenarán a los miembros del círculo. Se requiere por lo menos dos cursos de 40 horas para el facilitador. El líder necesita un curso de 24 horas y los miembros pueden entrenarse en los primeros 15 a 30 minutos de cada reunión del círculo.

El entrenamiento está basado en principios de técnicas de solución de problemas, tormenta de ideas, análisis de problemas, toma de decisiones, diagrama de Ishikawa, diagrama de Pareto, histogramas, cartas de control de procesos, hojas de revisión, técnicas de muestreo, presentación de resultados y casos de estudio, entre otras, en nuestro caso sería ideal que el instructor conociera el área de atención médica a fin de que pueda adaptar estas técnicas a la situación concreta de salud.
Durante la capacitación se persigue los siguientes objetivos:

Dar a conocer a los participantes el proceso de los CC y sensibilizarlos de las ventajas tanto para ellos como para la empresa, despejar temores o dudas, convencer a los participantes para que colaboren voluntariamente, capacitarlos en el manejo de técnicas para la solución de problemas.

En Japón existen más de un millón de círculos, al igual que en Estados Unidos y Europa. Sin embargo a pesar del gran auge que ha tenido esta herramienta en esos países, para el logro de la calidad en el ámbito de las empresas, se han levantado voces disidentes que han analizado a estas nuevas formas de organización del trabajo evaluando sus riesgos y aspectos

negativos. Los círculos de calidad se presentan como una oportunidad para lograr el enriquecimiento del trabajo y la participación de los asalariados en la marcha de la empresa, se ha resaltado mucho el carácter participativo de estas técnicas sin embargo los espacios de participación que brindan estas nuevas formas de organizar el trabajo son más ilusorios que reales. En los CC se discute y se crea para aumentar la producción, mejorar la calidad, etc. pero no existe ninguna posibilidad de discutir ni opinar y menos aún de decidir como se repartirán las ganancias, en que se invierten, como se fijan los salarios, etc. Es decir que todos los temas que se discuten en los círculos, como los que están prohibidos, son decididos por la empresa, por lo que el carácter democrático de estas técnicas es absolutamente restringido y solo apunta a mejorar la rentabilidad de la empresa. Los círculos solo producen propuestas que tienen un carácter indicativo, las decisiones las toma la gerencia (Martínez 2001). No obstante esto no es tan cierto en países como Japón y Estados Unidos donde en muchas de las empresas se ha logrado repartir entre todos los trabajadores parte de las ganancias obtenidas por las mejoras de los procesos y las soluciones obtenidas para problemas existentes, por la puesta en marcha de los CC, a través de bonificaciones y pagos por sugerencias presentadas p.ej. Toyota Auto Body (Thompson 1997). Por otra parte la implementación de los CC en instituciones de salud públicas, lograría mejoras en cuanto a uso de recursos, optimización de procesos, mejora de relación cliente / proveedor, etc. Lo que beneficiará a los usuarios, tanto internos como externos, pero no producirá aumento de los ingresos, ya que se trata de instituciones públicas y por tanto la presión debida a recompensas monetarias no deberá existir en este ámbito.

CAPITULO 4: EXPERIENCIA CON LOS CIRCULOS DE CALIDAD EN VENEZUELA

Los Círculos de Calidad (CC) definitivamente parecen ser una herramienta de fácil constitución, organización y operatividad que en el ámbito empresarial pueden dar excelentes resultados en el mejoramiento de la productividad, por lo menos esa es la experiencia obtenida en países desarrollados tales como Japón, Estados Unidos, Francia, etc. Sin embargo en Occidente y fundamentalmente en América Latina, la experiencia parece no ser igualmente exitosa, o por lo menos no ha contado con la popularidad de la que goza en esas latitudes. En empresas de servicios de salud, la experiencia ha sido escasa en América Latina, se conocen algunos casos muy específicos llevados a cabo en países como México, Argentina y Costa Rica, donde luego de haberla adaptado a las características de cada organización, parecen haber tenido buena aceptación y buenos resultados.

En cuanto a la experiencia en nuestro país, poco se ha escrito, sin embargo debo presentar la experiencia obtenida en un trabajo de campo (Aranzo 1991) donde se evaluaron 30 empresas venezolanas que tenían para ese momento algún mecanismo de participación, de estas se tomaron 12 con CC y se realizaron entrevistas y encuestas a los trabajadores obteniéndose algunos interesantes resultados que pudieran avalar nuestra propuesta, a pesar de algunos inconvenientes que también quedaron expuestos.

Se encontró que en casi todas las empresas el carácter de los CC era experimental y su puesta en marcha se debió a una actitud favorable frente al cambio por parte de alguno de la directiva, quien solía funcionar como una

figura de liderazgo, es decir dependió mucho del empeño y dirección de algún personaje importante de la empresa, sin que su puesta en marcha significara algún cambio integral de la organización, en algunos casos la decisión fue tomada sobre la base de la expectativa de mejorar la motivación del personal y en otras por problemas ya existentes en cuanto a productividad o clima organizacional que los obligaron a tomar decisiones de forma un poco improvisada, por lo tanto se lograron diferenciar tres modalidades:

En algunas empresas se utilizo como parte de la modernización de la misma, ya que en los CC se favorece mayor autonomía de las áreas funcionales y se canaliza la opinión de los trabajadores; en otras se instituyeron de forma puntual, al margen de la organización y en otras paralelamente a otras experiencias modernizadoras pero sin articularse con ellas, es decir cada una por su lado.

En casi todas las empresas evaluadas, la implantación de los CC tuvo las siguientes características:

Se realizo a través del camino de "arriba hacia abajo",

No se consultó con toda la gerencia,

Fue dirigido por un solo gerente en particular,

El entrenamiento se realizó sobre la marcha y en muchos casos no incluyó a los trabajadores,

La participación no siempre fue voluntaria

En el 50 % de los casos los temas no fueron escogidos por los miembros de los CC.

Sin embargo y a pesar de todos estos inconvenientes la actitud de los trabajadores ante ésta herramienta ha sido muy favorable ya que ha permitido evidenciar la capacidad creativa de ellos lo que les ha generado altos niveles de motivación y entusiasmo. Por otra parte se sienten tomados en cuenta como personas útiles a la hora de buscar soluciones, en muchos

casos se han logrado mejorías en la productividad y en el ambiente organizacional, lo cual les ha permitido adquirir nuevos conocimientos mejorando así su capacitación particular. Igualmente se ha propiciado una mejor comunicación entre ellos, mayor solidaridad y finalmente se ha logrado un cambio de actitud ante el trabajo.

Existen por otro lado algunos aspectos que podríamos llamarlos negativos o poco optimistas que impiden que esta herramienta se generalice en nuestro país. En primer lugar se encuentra la falta de comprensión profunda con respecto al alcance de esta herramienta y a la importancia de implantarla no solamente como un mero método de solución de problemas sino que debe ser introducida en el contexto de un cambio organizacional que implique una mayor participación del personal, la descentralización de la toma de decisiones, la búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad a través del trabajo conjunto de todos los integrantes de la empresa, es decir dentro del marco de un cambio profundo de la concepción de la gerencia. Se ha observado además que los gerentes medios se mantienen reacios a involucrarse en el programa y el proceso de delegación de autoridad está obstruido por grupos que temen desaparecer, quizás por desconocimiento de sus alcances reales. Otro aspecto importante en estas empresas es el asunto de los incentivos, los cuales se han convenido que sean de tipo simbólico lo que a la larga se va a convertir en un motivo de desacuerdo cuando sea evidente la mejora de productividad y que la misma no se traduzca en beneficios económicos para los trabajadores que la han procurado. No obstante esa situación es poco probable en una institución dedicada a la atención médica, donde el objetivo primordial es un mejor uso de los recursos y una mejor atención que deberá traducirse en mayor satisfacción al cliente y no en mejora de la productividad de bienes materiales.

En cuanto a los sindicatos, los mismos se han mostrado neutrales ante esta herramienta y hasta se podría decir que su actitud ha sido positiva

cuando la empresa los ha incorporado a su implementación, solo han manifestado preocupación por la ausencia de compensaciones económicas, excepto por esto más bien la actitud ha sido pasiva. En cuanto al cambio de las relaciones obrero-patronales, si les importa que estas mejoren en cuanto a su incidencia en las formas de negociación con la empresa; en conclusión la actitud del sindicato ante los CC es de gran importancia para decidir la implantación de los mismos.

Hasta el momento no hemos encontrado ninguna experiencia con los CC en el sector de salud público venezolano.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Aguirre-Gas Héctor 1990. Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México Marzo-Abril Vol. 32, No 2 pp170-180

2.- Albrecht Karl, Lawrence B.1999 La Excelencia en el Servicio. 3R Editores

3.-Ankus Gupta. Quality has a new face with CQI & TPM concept in hospital industry. Health Management

5.-Crosby Philip. Quality is Free. McGraw Hill New York, 1979

6.-Brito Q. Pedro, Claren R. María A., Otero R. Eliana C. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No 100. Educación Permanente del personal de salud. Editado por: Jorge Hadad, María Roschke y María Cristina Davini. Capítulo II: Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud.

7.- Cárdenas Herrera Raúl 1999. Como lograr la calidad en bienes y servicios. Limusa Noriega Editores. México.

8.- Donabedian Avedis 1993. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Conferencia magistral. Salud Pública de México Mayo-Junio Vol. 35 No. 3.

9.-Donabedian Avedis 1993. Prioridades para el progreso de la feb valuación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Pública de México. Enero/febrero Vol. 35 No 1

10.- Ferdinad M. Gerlach 1998. Quality Circles en ambulatory care in Germany. International Journal of Quality in Health Care:p35-42.

11.- Fernández B. Nélida,2001. Calidad de la Atención Médica. Fascículo No 1. Programa de Educación a Distancia: Nuevas formas de organización y financiación de la salud. www.calidadensalud.org.ar/documentos/ejcurso.htm

12.- Gibson, Ivancevich, Donnely.1998 Las Organizaciones. Mc Graw Hill. Octava edición. Colombia Cap. 21.

13.- Gilmore Carol, de Moraes Novaes Humberto 1996. Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX Vol. III, No 9.

14.- González Dagnino A 1994. Calidad Total en atención primaria de Salud. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.

15.- Hardin Stalin & Ong Flora. A decade of QCC in the Sarawak Health Department. http://sarawak.health.gov.my/sahealth/qs/qcc.htm

16.- Hernández R., Fernández C.,Baptista P 1991. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill. Segunda edición. México

17.-Jessé William 1990. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. Salud Pública de México Marzo-Abril Vol. 32,No 2

18. - Kaoru Ishikawa 1993. ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. Grupo Editorial Norma.

19 .-Luna María T., Martino J., Marcano G. 2001. Evaluación del servicio de emergencia del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" I.V.S.S. Trabajo presentado en la materia de Servicios de salud del Post grado de Gerencia de Servicios de Salud de la Universidad Católica "Andrés Bello".

20.- Martínez Oscar A. Los trabajadores frente a las nuevas formas de organización del trabajo, el mito de la gestión participativa. 2001

21.- Montoya-Aguilar, Measuring the performance of hospitals and health centers. WHO, District Health Systems. Division of strengthening of health services. WHO/SHS/DHS/94.2

22.- Pabón Larso Hipólito 1985. Evaluación de los Servicios de Salud. Conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativos y cualitativos. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Medicina social. 2da edición Calí .

22.- Pagannini José M., de Moraes Novaes Humberto 1992. La Garantía de Calidad, Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. OPS/Federación Latinoamericana de Hospitales.

23.- Peiró José María, González P. Vicente. Círculos de Calidad. Editorial Endeme

24.- Prime Minister s Department Malaysia 1991. Guidelines on Quality Control Circles (QCC) in public service. Development Administration circular No 7/1991.

25.- Rodríguez F. Miguel A., Bernal Gustavo, Giordano A., Norma Nieves y col.2001. Servicios de Emergencias Médicas: Estructura, problemas y soluciones. Gestión Sanitaria on line. www.Geocities.com/Hotsprings/Spa/7982/ge170498.htm

26.- Ross Anna Gabriela, Cevallos José Luis, Infante Alberto 2000. La Calidad y la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Rev. Panam Salud Pública/PanAmjPublic Health 8 (1/2)

27.- Rye David 1996. El Juego Empresarial. Mc Graw Hill México. Cap. 10 Pág. 201-226.

28.-Ruelas Barajas Enrique, Reyes H, Zurita B y col 1990. Círculos de Calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública de México Marzo-Abril Vol. 32, No.2

29.- Ruíz de Chávez M, Martínez-Narvaez G, Calvo-Ríos J.M. y col 1990. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. Salud Pública de México Marzo-Abril Vol. 32, No. 2

30.- Sotillo Yebra I. 2001. El dermatólogo y los sistemas de calidad en los productos dermocosméticos. El dermatólogo y los productos cosméticos Vol. 4 No 1 Febrero

31.- Thompson Philip C. 1997 Círculos de Calidad, como hacer que funcionen. Editorial Norma. Colombia.

32.- Vuori Hannu 1993. Garantía de Calidad en Europa. Salud Pública de México. Mayo-Junio Vol. 35 No 3