

La aplicación de esquemas de calidad con origen industrial. ¿Una mejora real al quehacer médico?

*José Jaime Chavira Ortega[^]
Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH*

En la actualidad, el sector salud considera varios retos para satisfacer las demandas de la población: equidad, calidad en los servicios prestados y justicia financiera. Para afrontar el reto de la calidad las autoridades en materia de salud de nuestro país han puesto en marcha un programa a nivel nacional denominado Cruzada por la Calidad en los Servicios de Salud (Plan Nacional de Salud 2001-2006, 2001). Este programa establece un conjunto de acciones que elevarán la calidad de lo servicios de salud prestados estableciendo al mismo tiempo como prioridad que esta mejora en los servicios sea ampliamente percibida por la población.

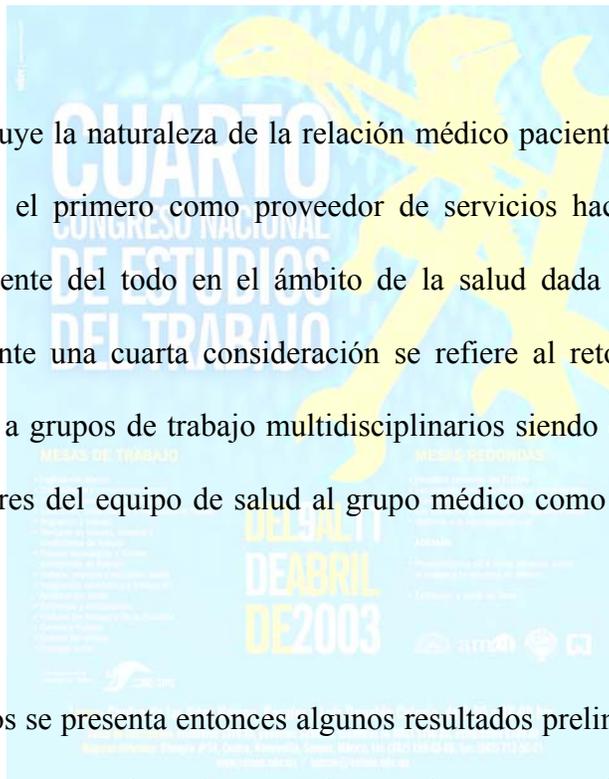
El presente trabajo plantea, desde el punto de vista de los estudios organizacionales específicamente en su aproximación crítica e interpretativa, dar cuenta de cuatro aspectos que deben considerarse al trasladar esquemas de mejora del trabajo con un origen industrial al ámbito de las organizaciones que prestan servicios de salud, específicamente al ámbito de los hospitales o clínicas.

El esquema de presentación es el siguiente, en un primer momento se establece el contexto y las acciones iniciales que el programa de la cruzada ha puesto en operación y su objetivo general. Enseguida se establecerán cuales son los aspectos y situaciones organizacionales que requieren atención particular cuando se instauran programas de mejora como el que contempla la cruzada. De este modo, como primer punto se tiene la presencia de dos jerarquías bien delimitadas en las entidades organizacionales dedicadas a la salud: la administrativa encargada de promover y operar el programa y

la médica que bajo su conocimiento experto desarrolla el grueso de las acciones en los hospitales. Un segundo aspecto lo constituye la presencia de una racionalidad en las organizaciones que prestan servicios de salud diferente a la que presupone el modelo de mejora de calidad. Así tenemos no solo procesos racionales estrictamente planeados sino dimensiones políticas y la coexistencia de grupos de interés en el proceso de organización y operación de la entidad; de igual modo el curso de evolución de la enfermedad y los enfermos no siempre es predecible en términos de los resultados que se pronostican.

El tercer aspecto lo constituye la naturaleza de la relación médico paciente, en donde la visualización de los principales actores, el primero como proveedor de servicios hacia el segundo (pacientes – usuarios) no parece pertinente del todo en el ámbito de la salud dada la naturaleza particular del encuentro clínico; finalmente una cuarta consideración se refiere al reto que implica incorporar al profesional de la medicina a grupos de trabajo multidisciplinarios siendo que es práctica común tanto adjudicársele el rol de líderes del equipo de salud al grupo médico como a un mismo que se asuman ellos mismos como tal.

Considerando estos aspectos se presenta entonces algunos resultados preliminares de una investigación que esta en marcha, que sustentan la tesis que subyace al presente trabajo: los servicios de salud presentan factores *sui generis* que deben considerarse al poner en marcha propuestas de mejora en tanto que los escenarios y prácticas ahí desarrollados son distintos a los que ocurren en ámbitos industriales.



I Programa de la cruzada

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006¹ (PNS), y en el documento base de la Cruzada (Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2002²), se reconoce la baja calidad que presentan los servicios de salud en términos de diversos rubros: tanto de servicio y de atención prestada, como de índole técnica y de equidad. Así tenemos una mala atención percibida por los usuarios, prolongado tiempo de espera, heterogeneidad en el cumplimiento de la normatividad de atención médica para cierto padecimientos clínicos, limitada cobertura de servicios, abasto de medicamentos insuficiente, información incompleta al paciente sobre su padecimiento, los riesgos y la evolución de la enfermedad, entre otros. En ese sentido y con base en las demandas que la sociedad – usuarios-, las autoridades y los mismos prestadores de servicios según establece el PNS, se establece un plan de acción denominado “Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud”.

Este programa tiene como objetivo general “elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por toda la población” (PAC 2002: 37). La noción de calidad que subyace a este programa comprende dos rubros: el trato digno y la atención efectiva. El primero comprende el respeto, la información completa y un interés y amabilidad hacia el usuario de los servicios por parte del prestador; el segundo elemento lo constituye la atención médica con efectos positivos (PAC 2002).

Hidalgo. Correo electrónico: jaimec@uaeh.reduaeh.mx

¹ En lo que resta del documento, se hará referencia al *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México* (2001), únicamente bajo la denominación de Programa Nacional de Salud o las iniciales PNS.

² En lo que resta del documento, se hará referencia al *Programa de Acción: Cruzada nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* (2002), únicamente bajo la denominación de Programa de Acción de la Cruzada, Cruzada o las iniciales PAC.

El programa plantea 10 factores clave o rubros que engloban a las 70 acciones que se proponen para el periodo 2001-2006. Las desarrolladas en la primera etapa de desarrollo (impulso al cambio) son las siguientes:

- disminución de tiempos de espera en consulta externa y urgencias,
- aumentar la calidad de la información que proporcionan los médicos a los pacientes y
- el aumento de surtimiento de recetas.

Estas acciones iniciales constituyen el vehículo de entrada de la cruzada en las instituciones prestadoras de servicios de salud, y constituyen los rubros en los que se ha reportado mayor información de los resultados alcanzados tanto en los informes anuales³ la pagina web de la propia secretaria, (www.ssa.gob.mx) como en mensajes de radio y televisión. La orientación de estas acciones están enfocadas principalmente a satisfacer a los usuarios en los rubros de información, respeto y amabilidad; de este modo, al menos en estas acciones iniciales ha buscado mejorar la calidad del servicio, particularmente en su dimensión de trato digno.

Un análisis inicial a la estructura y al contenido del programa de la Cruzada (PAC), muestra coincidencias con las propuestas de programas de cambio en el área empresarial, particularmente de la línea propuesta por los expertos en el área de cambio planeado (Beckhard y Pritchard 1992) y con modelos de calidad total⁴ (Dershin 1994; Asubonteng 1994; Donabedian 1988, 1993). De este modo tenemos que una parte sustantiva del programa esta enfocada a la búsqueda de un cambio en la cultura de la organización y de su personal en tanto que la otra comprende acciones que buscan mejorar los

³ Informe Anual 2001 (2002), México: Ssa. México: Salud 2001 (2002), México: Ssa.

procesos sustantivos de la organización mediante el empleo de las herramientas estadísticas y un monitoreo constante del desempeño con objeto de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Así tenemos una estructura que comprende la presentación de datos y cifras que expliciten la situación actual (estado que guarda los servicios de la organización), y que faciliten la sensibilización y convencimiento del personal haciendo patente la necesidad de cambiar, igualmente comprende la declaración de una visión que constituye una guía hacia el estado que se pretende alcanzar con las acciones ahí propuestas. La propuesta que nos presenta para la consecución de la visión comprende acciones características de los modelos de administración de calidad: compromiso de todo el personal, apoyo de personal directivo, plan de incentivos para las mejores prácticas y acciones para contrarrestar la resistencia al mismo (Beckhard y Pritchard 1992).

Esta impresión se fortalece si uno revisa el guión de la presentación visual que acompaña la difusión del programa en los diferentes talleres que a nivel nacional organizan sus promotores, su análisis permite apreciar los elementos característicos de las propuestas de cambio planeado.⁵

Un segundo argumento para sustentar el tono *managerial* del documento es la noción de calidad que se promueve, así tenemos que uno de los factores determinantes para determinar la calidad de los servicios que se presta lo constituye la opinión de los usuarios y los esfuerzos que emprende la organización por satisfacer sus necesidades. La mecánica para cumplir con estas expectativas

⁴ Por modelos de calidad total (TQM por sus siglas en ingles), entendemos aquellas estrategias promovidas por el management que buscan los procesos mas eficientes con el propósito de satisfacer a los clientes y mantener su viabilidad operativa y financiera.

⁵ Cfr. Conferencia: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. Principales aspectos y logros. Equipo Consultor Sectorial. Septiembre 2002. En: www.ssa.gob.mx

contempla un monitoreo constante de los indicadores del servicio prestado, una mejora de los procesos de producción, para el caso de los servicios de salud tenemos tanto el trato digno como una estandarización de los procesos técnicos de atención e intervención (atención médica efectiva).

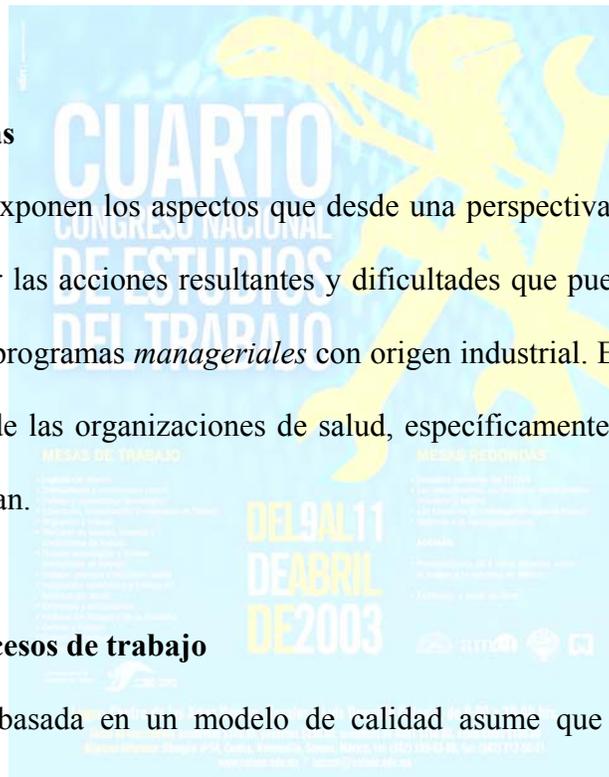
Con lo hasta aquí apuntado, la tarea siguiente es destacar los aspectos que consideramos deben tenerse presentes al poner en marcha un programa como el descrito en una área de trabajo particular como lo es la prestación de servicios de salud.

II Consideraciones críticas

En esta segunda parte se exponen los aspectos que desde una perspectiva organizacional merecen ser atendidos para comprender las acciones resultantes y dificultades que pueden surgir durante la puesta en marcha y operación de programas *manageriales* con origen industrial. Es decir, es necesario atender a la naturaleza particular de las organizaciones de salud, específicamente en cuanto a su estructura y procesos que las caracterizan.

a) Control sobre los procesos de trabajo

La propuesta de cambio basada en un modelo de calidad asume que el ápice estratégico de las organizaciones (Mintzberg 1983), establece y promueve las acciones de mejora de procesos, que comprenden la elaboración de la visión, la definición de la misión, la sensibilización del personal clave, la capacitación técnica en las herramientas estadísticas, la monitoria constante de los resultados, entre otros. El grupo directivo define que acciones de cambio emprender y cuales procesos modificar. De este modo, aunque no siempre hecho explícito, el *management* se apropia de la tarea técnica sustantiva



de la organización al conocer con precisión los procedimientos implicados en cada uno de los procesos de producción, documentarlos y ejercer una monitoria constante sobre ellos y sus ejecutores.⁶

Esta situación, aunque válida para otros escenarios laborales, en el de las organizaciones de salud se ve limitada. Esto es debido a que muchos aspectos del trabajo médico le corresponden sólo a este profesional, en tanto el ápice estratégico carece de la habilidad y conocimiento experto que este profesional posee (Arndt y Biegelow 1995). Asimismo el personal médico de primera línea decide su grado de participación en las acciones de mejora propuestas por los directores del cambio: el cuerpo directivo (Arndt y Bigelow 1995; Hoggarth-Scott y Wright 1997).

La razón de esta inaccesibilidad por parte de la gerencia a los procesos de los integrantes de la organización radica particularmente en el principal rasgo de la identidad profesional de los médicos, la llamada autonomía profesional. Cuya principal característica es el poder que los profesionales tienen para definir y controlar su propio trabajo (Friedson 1970). De este modo si bien los esquemas de mejora apelan al carácter científico y racional de sus métodos con objeto de hacer conciliar su propuesta con la de los médicos cuya orientación en el trabajo asume también esa característica, esta estrategia parece no rendir frutos en tanto la propuesta de trabajo no tiene un origen médico, ni es promovida por expertos del área médica⁷. La propuesta de mejora es más bien visualizada como una intromisión de la dirección en su área de trabajo.

⁶ Esta apropiación del conocimiento respecto a la tarea sustantiva tiene su ejemplo paradigmático en las funciones que el departamento de planeación ejerció respecto a las labores de los obreros de la Midvale en los trabajos de Frederick Taylor [cfr. Ibarra y Montaña (1984) Mito y Poder en las Organizaciones. México: Trillas].

⁷ Aquí cabe señalar la distinción que entre mismo personal de salud del caso estudiado hace de sus funciones: “aunque administrativo, soy médico”, o bien la distinción de médico de dirección a médico de “trinchera”.

Esta noción de los médicos respecto a ejercer una jurisdicción sobre su área de trabajo es reforzada durante la formación que reciben, las acreditaciones que tiene que lograr para alcanzar el status de médico, el código de ética que los rigen (O'Connor y Lanning 1992), pero sobretodo en la capacidad de poder que gozan sobre la definición, control y rendición de cuentas en la materia específica de su trabajo: la medicina (Friedson 1972; Abbot 1988).

Una característica que se hace evidente a partir de la intención del *management* por intervenir en los procesos específicos del ejercicio profesional del médico en las organizaciones de cuidado a la salud lo es la existencia de una doble línea de autoridad o jerarquía: la médica y la administrativa. Estos dos grupos de actores, a pesar de la difusión de unidad que promueven los planes de cambio como el de mejora de calidad (Laffel y Blumenthal 1989; Siren 2001), esta lejos de lograrse (Arndt y Bigelow 1995; Kivimaki, et.al. 1997); sin embargo tampoco puede afirmarse su completa y total antagonismo (existencia de organizaciones autónomas, heterónomas y estructuras autónomas administradas) [Scott 1982].

No obstante su aparente conciliación, es claro que cada una de estas líneas de autoridad tiene objetivos perfectamente identificables: una preocupación sustantiva por la eficiencia de los procesos por parte de la parte administrativa-dirección, en tanto que el grupo profesional médico estaría más ocupado por la atención y tratamiento efectivo de los pacientes y un interés por el desarrollo de la ciencia médica (Kivimaki et.al.1997). Ambas preocupaciones fundamentales aunque contrapuestas en determinado momento han sido matizadas una a otra, sin embargo la parte correspondiente al profesional médico lo ha sido más por la administrativa adoptando criterios eficientistas como el óptimo grado de intervención (la noción de eficiencia –ahorro de recursos es clara), con objeto de no someter a mayores

riesgos al paciente cuando las expectativas de alivio o recuperación son remotas (Donabedian 1988; Aguirre 1997).

b) Predominio de racionalidad instrumental en la toma de decisiones

Con base en las acciones que se promueven en el programa de mejora, se considera que las decisiones adoptadas y el mecanismo mismo que se sigue para la ubicación de las áreas de oportunidad y las acciones que se emprenden obedecen a una toma de decisiones racional. La cuál esta sustentada en hechos y no en opiniones, de ahí la pretensión de elaborar diagnósticos para determinar la situación presente y sustentar con los mismos los avances una vez emprendidas las acciones de mejora, una referencia constante y utilización al control estadístico de proceso contribuye a garantizar la objetividad de mediciones y los resultados (Laffel y Blumenthal 1989; Makens y McEachern 1990).

La intención así plasmada esta lejos de realizarse en las organizaciones de salud, si se considera que los hospitales han sido descritos como coaliciones conformadas por diversos grupos de interés, cada uno persiguiendo sus propios objetivos (Gordon 1962, citado en Arndt y Bigelow 1995:11). Cabe mencionar al respecto que los hospitales cuentan con un equipo de trabajo conformado por profesionales médicos, personal profesional no medico, semiprofesional y no profesional (American Hospital Association 1986; Georgopoulos y Mann 1962).

De este modo, puede preguntarse cómo es que habiendo tantos grupos de interés en los hospitales se obtiene consenso respecto a las acciones que emprenden o no. La situación se torna mas compleja si se considera a los hospitales como entidades supeditados a las directrices que establecen las autoridades del sistema de salud, a los lineamientos de los asociaciones y colegios profesionales, así como a la

participación de los nuevos grupos de interés cuya opinión parece determinar las acciones: los usuarios (bajo el esquema de mejora adoptado). Asimismo conviene no olvidar a un sector que ha permanecido con un bajo perfil en nuestro país pero que está contemplado en el propio PNS: las instituciones aseguradoras o terceros pagadores. Con sólo estos actores en mente, se tendría una imposibilidad práctica por determinar cuál es el mejor curso de acción, la más racional para poner en marcha la mejora. En ese sentido se infiere que la selección de que áreas intervenir o bien desde donde comenzar el trabajo de mejora están determinadas por negociación o decisión particular de ciertos grupos y no guiada exclusivamente por datos objetivos o criterios preestablecidos (Arndt y Bigelow 1995). Así tenemos por ejemplo, que si ya se cuenta con indicadores precisos de mortalidad, morbilidad, egresos e ingresos, capacidad instalada, ¿por qué no se emplean estos como elementos diagnósticos e indicadores de mejora?⁸

En ese sentido se tiene que la ubicación de qué problemas elegir y su definición, así como la delimitación de sus causas y el curso de acción que se adopte responden no sólo a la puesta en marcha de un proceso racional. Las razones para no seguir la mejor estrategia, la más racional, son diversas: sea la propuesta simoniana de racionalidad limitada por el número de actores y situaciones particulares en juego que intervienen (manejo de información), o la adopción de la decisión que suficientemente satisfaga la demanda [Simon 1947], hasta la conveniencia de ciertos grupos hegemónicos por destacar ciertos problemas y así como también propuestas específicas de solución (Castro 2003; Lloyd 1999).

⁸ Esta inquietud fue manifestada por uno de nuestros entrevistados y plasma con precisión la noción que aquí se quiere comunicar: la multiplicidad de intereses en juego y como la decisión adoptada no corresponde del todo al esquema de racionalidad que se promueve.

Una consideración más en este rubro lo es el hecho de que las mejoras realizadas por los programas de calidad en el ámbito de los servicios de salud han estado predominantemente orientadas al situaciones no clínicas (Arndt y Bigelow 1995; Kivimaki et.al. 1997; Shortell et. al. 1988), es decir a aspectos de índole administrativa o de operación de los procesos: tiempo de espera de pacientes, tiempos de descarga de egresos, abasto de insumos y manejo de inventarios, traslado de pacientes entre servicios. Esta situación tiene que ver con la capacidad de control que se tiene sobre los procesos de ámbitos no clínicos, en donde el grado de certidumbre es mayor en comparación con el devenir incierto que puede caracterizar al proceso de la enfermedad y la respuesta particular de los pacientes.

Finalmente, un aspecto que pone en duda la racionalidad que subyace a los planes de mejora con una orientación de calidad total es la definición unitaria de calidad que regularmente ofrecen (Glover 2000; Asubonteng et.al. 1996), en donde desde una perspectiva moderna de la calidad uno de los principales criterios para evaluarla lo es la satisfacción del usuario. Sin embargo en el ámbito de salud tendríamos al menos como ya se mencionó la participación de diversos grupos de interés. Uno de ellos, el del profesional médico quien establece que el paciente no esta capacitado para discernir respecto a su satisfacción (Mathie 1997), en tanto una mejora a su bienestar (percepción de salud sentida), no garantiza la resolución de su problemática. Así, puede plantearse ¿qué tanto en el ámbito de la salud lo satisfactorio para el paciente, el sentir que se cubrió su expectativa nos habla de calidad desde el punto de vista profesional? O bien considerando la perspectiva de los que financian los servicios de salud acaso las pruebas de diagnóstico que para el grupo administrativo son suficientes en términos de los costos y el espectro de detección que comprende ¿garantiza que los resultados que arroje el diagnostico con las pruebas estándar sean los necesarios para establecer una adecuada terapéutica o intervención? Se hablaría de calidad de atención por parte del grupo médico, cuando lo que se recomienda para la

Con un mínimo de 50 años antes que los desarrollos de las organizaciones industriales manifestarán un interés explícito por la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los consumidores: los modelos de mejora de calidad de principios de los años 1980 y su aplicación al ámbito de la salud (Berwick 1989; Blumenthal y Kilo 1998), las acciones de la institución hospitalaria y la de sus integrantes en particular habían establecido ya como prioridad tanto en su formación profesional como en la conformación misma de los hospitales y la práctica médica, atender las necesidades y demandas de sus pacientes y de la misma comunidad en cuanto a requerimientos de servicios de salud (Flexner 1910; Codman 1914, citado en Passaro y Organ 1999) . En este sentido, la relación médico como proveedor de servicios y paciente como cliente o usuario receptor de los mismos no es nueva en el ámbito de la medicina en cuanto al otorgamiento de servicios y atención brindada. La especificidad de las situaciones en que ocurre el encuentro clínico y su contenido no puede reducirse a una simple relación de transacción comercial o de negocios como parece deducirse del empleo de los términos empleados en el ámbito mercantil o industrial y promovidos por los esquemas de mejora de calidad.

Igualmente el compromiso de los integrantes de la organización (particularmente del personal médico) no parece incrementarse discrecionalmente a iniciativa del *management* como se pretende en los programas de mejora, así como tampoco esta documentado el proceder del médico en situaciones donde el dolor humano esta en juego, sobretodo cuando se ha establecido una estrecha relación médico-paciente como personas en el proceso de atención al paciente. Así tenemos que la naturaleza de los encuentros clínicos no puede someterse a procedimientos ni guías de actuación específicas que predeterminen con exactitud el proceder comportamental de cada integrante.

Los aspectos que garantizarían cierto grado de compromiso están dados por la identidad profesional que caracteriza a las profesiones, su vocación de servicio, y el contar con las condiciones mínimas indispensables para el ejercicio de su labor.

d) Participación del profesional médico en los programas

Una situación común durante la puesta en marcha de los programas es la poca participación del personal médico en las iniciativas y programas de mejora de calidad de servicio (Ovretviet 1996; Lewis y Lamprey 1992). Las posibles razones de esta situación son las que a continuación se describen.

Los esfuerzos de cambio son asociados al componente administrativo de la organización hospitalaria, en ese sentido puede manifestarse en un rechazo del personal del profesional de la salud, específicamente los médicos a ser calificados en su área de especialidad por alguien ajeno a la disciplina: administrativo o dirección (Ovretviet 1996). Esta situación se deriva de la noción de autonomía de la que goza el ejercicio de medicina (Friedson 1970), en ese sentido los programas de calidad son vistos como una invasión territorial. Asimismo la percepción que se tiene de los programas de calidad es la de constituir una moda más de la administración en turno, considerándosele como otra estrategia para reducir costos (Ovretviet 1996; Shulkin y Rosenstein 1993).

Se establece también que los conceptos y referencias principales de la temática de la calidad no son apropiados al ámbito médico, es decir las teorías utilizadas, los marcos conceptuales y las estructuras analíticas provienen del ámbito industrial con poca pertinencia a las ciencias médicas (Ovretviet 1996; Blumenthal y Kilo 1998). En ese sentido los ejemplos utilizados hacen referencia a la industria de

servicios de carácter comercial o bien a la industria automotriz japonesa y a la recuperación de mercado con la adopción de planes de mejora.

En ese sentido Blumenthal y Kilo (1998), establecen que en el ámbito de las organizaciones de salud se carece de la figura u organización emblemática que haya adoptado esta orientación con éxito. Uno de ellos, el Dr. Ernest Codman (1869-1940), preocupado desde la disciplina médica por evaluar los resultados de las acciones de sus colegas es poco conocido e incluso en una etapa de su vida fue atacado por poner en duda y revisar los resultados de las intervenciones de sus compañeros médicos del hospital donde laboraba (referencia). No obstante esta situación, el Dr. Codman es el precursor de la línea de trabajo de aseguramiento de calidad que desde la misma disciplina médica se estableció a mediados de los años cincuenta (Passaro y Organ 1999; Neuhausser 2002).

Una situación que plantean los médicos ante la puesta en marcha de programas de mejora de calidad es la necesidad de acompañar a estos con apoyo de personal, insumos y reconocimiento, es decir es necesaria un respaldo que garantice la realización de las acciones que se solicitan. La opinión del médico parece ser: me pides mejor calidad en mi trabajo, dame los insumos materiales mínimos suficientes para trabajar.⁹

Para concluir con este cuarto aspecto se destaca el paralelismo que puede existir entre las acciones propuestas en los planes de mejora (revisión de procedimientos, documentación y mejora de procesos), y la revisión de casos en conjunto (sesiones clínicas) y las guías de actuación ya existentes en la

⁹ Esta fue una de los comentarios más recurrentes en las entrevistas realizadas con médicos que participaron en el estudio.

profesión médica. En ese sentido el esquema de calidad para los médicos no puede parecer tan novedoso como parece (Kivimaki et.al. 1997).

III Consideraciones finales

Una vez revisadas las características que consideramos deben contemplarse durante la puesta en marcha de planes de mejora de calidad en los servicios de salud, damos cuenta de algunos de los resultados preliminares de un estudio que esta en marcha que busca documentar la percepción de personal médico al respecto.¹⁰ Se destacan coincidencias de los resultados con lo aquí anotado.

Durante la exposición se destacaron cuatro aspectos, a saber:

1. la responsabilidad en el control de los procesos de trabajo
2. el carácter de la toma de decisiones
3. la naturaleza de la actividad sustantiva
4. la participación del personal médico en los programas.

En la investigación en marcha se encontró una generalizada opinión respecto al origen y orientación de los programas estableciendo que son pensados desde el escritorio o dirección sin considerar la naturaleza particular de las acciones que en tiempo real suceden en los escenarios de salud, asimismo los procesos de trabajo presentan cierto grado de incertidumbre que en determinadas áreas como urgencias no pueden establecerse con precisión a pesar de los esfuerzos por documentar los procesos de trabajo y programarse conforme a un esquema de acción racional.

¹⁰ Estudio que analiza algunas de las acciones propuestas por programas de mejora de calidad en los servicios de salud y la percepción que personal médico tiene al respecto. Los testimonio aquí anotados corresponden a personal medico entrevistado para la realización de la investigación que aquí se menciona.

“Los programas se llevan más que por gusto, por obligación”.

“Los programas, los hacen muy bien allí en su escritorio, no ven más allá”.

“Un servicio de urgencias tiene muchos problemas, es un lugar de choque, choque en cuanto a que el paciente viene grave, y a veces no sabemos ni a que se viene, que los familiares pues que están estresados, que están exigiendo, que a veces quisieran que se les proporcionara todo, que a veces no pueden comprender, se ponen agresivos, desde que mas allá que es un paciente atropellado ya no buscan quien la hizo sino quien la pague y a veces se van contra el médico”

De este modo tenemos la visión de los programas de mejora como ajenos a la realidad que los médicos experimentan cotidianamente y si bien aprecian la buena intención son igualmente vistos como modas que no tienen una continuidad y seguimiento efectivo. Asimismo se deja entrever que responden a intereses no siempre coincidentes con el ejercicio de la disciplina, por lo que el proceso que los orienta y que se presume que es de carácter racional, queda en duda.

“Son modas y cuestiones políticas ¿Para qué? Si no sirve. Ya lo hicieron hace dos años y paso igual”.

“Como en todos lados hay aspectos políticos, hay algunos médicos que están trabajando mas que otros, y otros que no lo hacen y tiene las mismas canonjías y hasta más. Como es amigo, compadre de ... lo dejan que se salga, que haga X cosas, aunque no funciona y su productividad sea baja y no pasa nada”.

“Hay quejas del personal porque dicen que siempre se les estimula a las mismas gentes, de repente siempre es el jefe de servicio, el representante sindical, así siempre se ha manejado ¿no?”.

No se reconoce en los programas que la organización esta compuesta por diversos grupos de interés, y que no todos sus integrantes recibirán el plan de mejora de calidad de la misma manera (visión unitaria de la organización). Asimismo la percepción del encuentro clínico, particularmente en su dimensión humana puede afectar en distinta forma a los prestadores de servicio.

“El grupo médico es el más difícil, a veces son más accesibles los administrativos o las enfermeras (...) por lo menos están abiertos a que uno les hable”.

“Están expuestos a sufrir (los médicos), a que les duelan todas esas pérdidas continuas, a que muchas veces por alguna situación ... el paciente no evoluciona como quieren y bueno también va a ser una frustración para ellos ¿no? El tratamiento que no resultó ... entonces están sometidos también a un gran estrés porque las demandas están a la orden del día ¿no? Es más de hecho casi, casi, se le instiga a la gente a que si hay algo que está mal, demanden, primero demande y después averigüe si de veras está mal lo que pasó”.

Respecto a la participación del personal en los programas, como ya se presento en el testimonio, es evidente una reacción a la defensiva de los médicos ante las iniciativas de la dirección; sin embargo también es cierto que la identidad profesional que caracteriza a la profesión puede facilitar o no la disposición para asumir nuevas maneras de desempeñar su trabajo.

“Porque el médico piensa que hace bien las cosas y a lo mejor es cierto; el piensa que ya no tiene nada que mejorar”.

“Nosotros estamos trabajando bien, sino ¿Cuánta gente no curamos?”.

Este recuento breve de testimoniales permite contextualizar el principal propósito de este documento: destacar aquellos aspectos organizacionales de los servicios de salud que requieren un análisis

particular para explicar los resultados que se obtienen con la aplicación de programas de mejora de calidad con una orientación *managerial*.

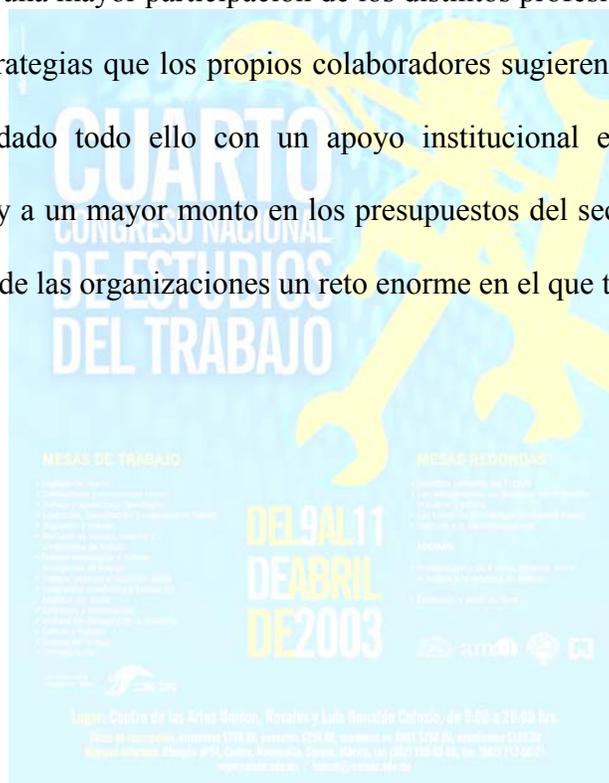
Es común aducir una mala aplicación del programa o bien que no se contó con el apoyo suficiente de la dirección para validar las acciones propuestas; sin embargo se deja de lado una posibilidad analítica y pragmática: el estudio de la organización comprende no solo al sustantivo que refiere: la organización, sino también a los procesos que se ponen en marcha en ella, procesos en acción, en tiempo real, que están ocurriendo y que son de carácter complejo¹¹ (Clegg y Hardy 1996); que difícilmente pueden reducirse a esquemas de actuación preconcebidos como los que se plantean en la noción de organización (como sustantivo) y a su análisis funcional correspondiente, característicos del programa de mejora aquí mencionado.

De este modo tenemos que planes de acción o soluciones unitarias al fenómeno organizado que se manifiesta en las organizaciones de salud como lo es un hospital, reduce en mucho la compleja realidad que éste implica. Los ejes analíticos que se desprenden de la presente investigación son: la modificación organizacional de estructuras altamente profesionalizadas y la explicación teórica que puede brindarse a los resultados alcanzados al poner en marcha programas de mejora de calidad.

Una explicación teórica que parece sugerente al respecto es la teoría del nuevo institucionalismo en su versión micro (Barley y Tolbert 1997), la cual nos hablaría de una no coincidencia entre la manera de trabajar propuesta por los programas de cambio modernos (managerial y de rendición de cuentas), con la construcción social institucionalizada con respecto a la forma de organizar un hospital (saber y

práctica médica). De este modo tenemos un panorama complejo en donde interviene no solo la profesión médica, sino también las estructuras administrativas pertinentes, la naturaleza de la labor (encuentro clínico), la incertidumbre latente en el actuar organizacional y el de sus integrantes, así como la escasez de recursos que caracteriza la operación de estas organizaciones en nuestro contexto.

En lo que respecta a la modificación de las estructuras organizacionales profesionalizadas como lo son los hospitales se plantearía una mayor participación de los distintos profesionales que la conforman y el posicionamiento de las estrategias que los propios colaboradores sugieren y que en algunos casos han puesto en marcha, respaldado todo ello con un apoyo institucional en cuanto a un apego a la normatividad ya existente y a un mayor monto en los presupuestos del sector. En ese sentido, se tiene por parte de los estudiosos de las organizaciones un reto enorme en el que trabajar.



¹¹ Noción de organización como verbo, como proceso en acción que está en marcha, **operando**, **sucediendo** (Clegg y Hardy 1996) [las cursivas son mías].

Referencias:

- Aguirre, Héctor (1997) "Administración de la calidad de la atención médica", *Revista Médica del IMSS*, 35(4):257-64.
- American hospital association (1988) *Hospital administration terminology*. Chicago: American Hospital Administration.
- Arndt, Margaret y Barbara Bigelow (1995) "The implementation of total quality management in hospitals: how good is the fit", *Health Care Management Review*, 20(4):7-14.
- Asubonteng, Patrick, Karl McCleary, y George Munchus (1996) "The evolution of quality in the US health care industry: an old wine in a new bottle", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9(3):11-19.
- Barley, Stephen R. y Pamela S. Tolbert (1997) "Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution.", *Organization Studies*, 18(1):93-117.
- Beckhard, Richard y Wendy Pritchard (1992-1993) *Lo que las Empresas deben hacer para lograr una Transformación Total*. Bogota: Norma.
- Berwick, Donald M. (1989) "Continuous improvement as an ideal health care", *New England Journal of Medicine*, 320(1):53-56.
- Blumenthal, David y Charles M. Kilo (1998) "A report card on continuous quality improvement", *The Milbank Quarterly*, 76(4):625-48.
- Castro, María (2003) "La cruzada nacional por los servicios de salud: Una mirada sociológica", *9o Congreso Internacional de Investigación Cualitativa en Salud*, México(Ponencia).
- Clegg, Stewart R. y Cynthia Hardy (1996) "Introduction, organizations, organization, and organizing", en Clegg, Stewart R., Cynthia Hardy, y Walter R. Nord (eds), *Handbook of Organization Studies*. Londres: Sage. Pp. 1-28.
- Dershin, Harvey (1994) "TQM and health care. An evolution in the way that work is done", *The TQM Magazine*, 6(2):30-31.
- Donabedian, Avedis (1993) "Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención", *Salud Pública de México*, 35(1):94-97.
- (1988) "The quality of care. How can it be assessed?", *Journal of American Medical Association*, 260(12):1743-48.
- Flexner, Abraham (1910) *Medical Education in the United States and Canada. A Report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

- Freidson, Eliot (1970) *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Georgopoulos, Basil S. y Mann Floyd C. (1962) "The hospital as an organization", en Rakich, Jonathons y Kurt Darr (eds), *Hospital Organization and Management. Text and Readings*. New York: SP Medical & Scientific books. Pp. 19-29.
- Glover, Linda (2000) "Neither poison nor panacea: Shopfloor responses to TQM", *Employee Relations*, 22(2):121-45.
- Hogarth-Scott Sandra y Gillian Wright (1997) "Is the quality of health care changing? GPs' views", *Journal of Management in Medicine*, 11(5):302-11.
- Kivimäki, Mika, Eerikki Mäki, Kari Lindström, Arto Alanko, Sanna Seitsonen, y Kirsi Järvinen (1997) "Does the implementation of total quality management (TQM) change the wellbeing and work-related attitudes of health care personnel? Study of a TQM prize-winning surgical clinic", *Journal of Organizational Change Management*, 10(6):456-70.
- Laffel, Glenn y David Blumenthal (1989) "The case for using industrial quality management science in health care organizations", *Journal of American Medical Association*, 262(20):2869-73.
- Lewis, Al y Joanne Lamprey (1992) "Averting CQI failure: five early signs", *Health Care Strategic Management*, 10(7):9-10.
- Lloyd, Peter, Jeffrey Brainwhite, y Gray Southon (1999) "Empowerment and the performance of health services", *Journal of Management in Medicine*, 13(2):83-94.
- Makens, Paul K. y Edward McEachern (1990) "Applications of industrial quality improvement in health care", *Journal of Occupational Medicine*, 32(12):1177-83.
- Mathie, Antonina Z. (1997) "Doctors and change", *Journal of Management in Medicine*, 11(6):342-56.
- Mintzberg, Henry (1983-1992) *El Poder en la Organización*. Barcelona: Ariel.
- Neuhauser, D. (2002) "Ernest Amory Codman MD", *Quality Safe Health Care*, 11:104-5.
- O'Connor, Stephen J. y Joyce A. Lanning (1992) "The end of autonomy? Reflections on the postprofessional physician", *Health Care Management Review*, 17(1):63.
- Ovretviet, John (1996) "Medical participation in and leadership of quality programmes", *Journal of Management Medicine*, 10(5):21-28.
- Passaro E. y C. Organ (1999) "The improper bostonian", *Bulletin of The American College of Surgeons*, 84(4).
- Scott, Richard (1982) "Managing professional work: three models of control for health organizations", *Health Services Research*, 17(3):213-40.

Secretaría de Salud (2002) *Programa de acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud.

——— (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México*. Mexico: Secretaría de Salud.

Shortell, Stephen, Charles Benett, y Gayle Byck (1998) "Assesing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What it will take to accelerate progress", *The Milbank Quarterly*, 76(4):593-624.

Shulkin, David y Alan Rosenstein (1993) "Promoting cost-effective physician behavior", *Healthcare Financial Management*, 47(7):48-51.

Simon, Herbert (1947-1984) *El Comportamiento Administrativo: Estudio de los Procesos Decisorios en la Organización Administrativa*. Buenos Aires: Aguilar.

Siren, Pamela B. (2001) "Quality management in managed care", en Kongstvedt, Peter R. (ed), *Essentials of Managed Health Care*. Gaithersburg, MA: Aspen Publishers Inc. Pp. 361-78.

